

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

**Das competências especializadas à pessoa em situação
crítica à intervenção em Suporte Básico de Vida nas
escolas do 1º ciclo**

Nicolau da Encarnação Pestana

**Relatório de estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de S.
José de Cluny para a obtenção de grau de mestre em Enfermagem
Médico-Cirúrgica.**

**Funchal,
2018**

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

**Das competências especializadas à pessoa em situação
crítica à intervenção em Suporte Básico de Vida nas
escolas do 1º ciclo**

Nicolau da Encarnação Pestana

Orientadora: Prof.^a Mestre Noélia Pimenta

**Relatório de estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de S.
José de Cluny para a obtenção de grau de mestre em Enfermagem
Médico-Cirúrgica.**

**Funchal,
2018**

À minha mulher e aos meus filhos,
fontes de motivação e resiliência.

A mim,
pelo longo caminho que percorri para cá chegar.
Por todo o empenho, por toda a dedicação, por
acreditar ...

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho relata uma caminhada no sentido da aquisição e desenvolvimento de competências de mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Foi elaborado com enorme satisfação, representando o culminar de muita dedicação, esforço e espírito inovador. É a evidência de um dever cumprido. Todo este percurso só foi possível graças às pessoas e entidades que tornaram este mestrado uma realidade, às quais quero manifestar os meus sinceros agradecimentos, as quais passo a citar:

- À ESESJC pela oportunidade concedida para frequentar este Mestrado;
- À Professora Mestre Noélia Pimenta, pela sua dedicação, motivação e brilhante orientação, permitindo-me dar este salto na carreira profissional e na vida pessoal;
- À Secretaria Regional dos Assuntos Sociais, pela licença de equiparação a bolseiro;
- À Secretaria Regional da Educação, que proporcionou o desenvolvimento/implementação no meio escolar, do projeto *O suporte básico de vida nas escolas do 1º ciclo do Concelho de São Vicente: Lançando uma semente, traçando um futuro*;
- À Delegação Escolar do Concelho de São Vicente, que me recebeu com enorme abertura e mostrou grande interesse no desenvolvimento e implementação do referido projeto;
- A todos os professores, alunos e pessoal não docente, das escolas de 1º Ciclo de São Vicente, Ponta Delgada e Boaventura, que voluntariamente deram o seu enorme contributo para a implementação do projeto no meio escolar;
- Ao Enfermeiro António do Vale pelo impulso e fomentação que desde sempre deu à formação dos enfermeiros;
- Ao SESARAM e respetiva Direção de enfermagem, pela disponibilidade que me foi atribuída ao longo deste percurso de aprendizagem;
- À minha família, mais concretamente à minha esposa e aos meus filhos, que desde sempre me apoiaram, assumindo mais responsabilidades e tarefas, proporcionando-me a disponibilidade para a dedicação aos estudos;
- A todas as pessoas que, de alguma forma, deram o seu contributo neste percurso.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABCDE – Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure

ACLS – Advanced Cardiac Life Support

AHA – American Heart Association

ATCN – Advanced Trauma Care for Nurses

ATLS – Advanced Trauma Life Support

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CDC – Conselho Técnico Científico

CI – Cuidados Intensivos

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CMEMC – Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

CPLEEMC – Curso Pós-Licenciatura Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica

CPR – Conselho Português de Ressuscitação

CROS – Centro Regional de Operações de Socorro

CSSJD – Casa de Saúde São João de Deus

CVC – Cateter Venoso Central

CVP – Cruz Vermelha Portuguesa

DAE – Desfibrilhação Automática Externa

DAE – Desfibrilhador Automático Externo

DGS – Direção Geral de Saúde

DNR – Decisão de Não Reanimar

DRE – Direção Regional da Educação

ECG – Escala de Coma de Glasgow

EEEMC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EMC - Enfermagem Médico-Cirúrgica

EMIR – Equipa Médica de Intervenção Rápida

EPI – Equipamento de Proteção Individual

ERC – European Resuscitation Council

ESESJC – Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

HSJ – Hospital São João

ILCOR – International Liaison Committee on Resuscitation
INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica
MRMI – Medical Response to Major Incidents
MSNM – Medical-Surgical Nurse Master
OE – Ordem dos Enfermeiros
OMS – Organização Mundial de Saúde
PAM – Pressão Arterial Média
PCR – Paragem Cardio-Respiratória
PIC – Pressão Intra Craneana
PPC – Pressão de Perfusão Cerebral
PSCMSN – Postgraduate Specialization Course in Medical-Surgical Nursing
PVC – Pressão Venosa Central
REC - Reciclagem
REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
SAV – Suporte Avançado de Vida
SBV – Suporte Básico de Vida
SEMER – Serviço de Emergência Médica Regional
SESARAM – Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira
SIV – Suporte Imediato de Vida
SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos
SU – Serviço de Urgência
SUB – Serviço de Urgência Básico
SUP – Serviço de Urgência Polivalente
SUHSJ – Serviço de Urgência do Hospital São João
TA – Tensão Arterial
TAS – Técnico de Ambulância de Socorro
TCE – Traumatismo Craneo-Encefálico
TOT – Tubo Oro-Traqueal
TQT - Traqueostomia
UCI – Unidade de Cuidados intensivos
VIC – Viatura de Intervenção em Catástrofe
VMER – Viatura Medicalizada de Emergência e Reanimação
VNI – Ventilação Não Invasiva
VOS – Ver Ouvir e Sentir

RESUMO

O presente relatório de estágio surge no âmbito do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica promovido pela ESESJC, no referente ano letivo 2016-2018 e a sua apresentação e discussão pública visa a obtenção do grau de Mestre.

Com este trabalho pretendo evidenciar as competências adquiridas e desenvolvidas durante o meu percurso profissional e no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, através de uma análise crítico-reflexiva, integrando-as com o preconizado pela ordem dos enfermeiros para as competências do EEEMC.

No que concerne ao meu percurso profissional, exercendo sempre em serviços de urgência, percorri um trajeto de desenvolvimento de competências direcionadas para o cuidar a pessoa em situação crítica. Esta experiência, aliada às formações avançadas que frequentei, coadunam-se com a perspetiva de Tojal (2011) quando refere que o conhecimento proveniente da prática, confrontado com o conhecimento proveniente da formação, contribui para o aumento das competências do enfermeiro.

As práticas clínicas realizadas durante o CPLEMC - Cuidados Intensivos e Opção - realizado em contexto intra-hospitalar e pré-hospitalar (creditados pelo CTC) permitiram o desenvolvimento de competências para cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica, conhecer os sistemas de resposta a situações de catástrofe e maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção.

No estágio de Opção, integrado neste Mestrado, desenvolvi um projeto de auto formação/intervenção intitulado “O suporte básico de vida nas escolas do 1º ciclo do Concelho de São Vicente: Lançando uma semente, traçando um futuro”, o qual contribuiu para promover a literacia em saúde, especificamente na área do SBV.

Em súmula, realço que com a minha experiência profissional ao longo da vida e com os estágios realizados no âmbito do CPLEMC e CMEMC, adquiri e desenvolvi um conjunto de competências que se coadunam com as competências de 2º ciclo: a capacidade de resolução de problemas complexos, integrando e aplicando conhecimentos, e refletindo sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais; a comunicação de conhecimentos e raciocínios de forma clara e objetiva, quer a especialistas e/ou não especialistas e competências para uma aprendizagem ao longo da vida de modo auto-orientado.

Palavras chave: Competências; Mestre; Enfermeiro Especialista; Doente Crítico.

ABSTRACT

The current internship report was done as required by the 2nd Master's Course in Medical-Surgical Nursing promoted by the ESESJC, regarding the 2016-2018 academic years, and its presentation and public discussion aims to obtain the Master's degree.

With this assignment one intends to highlight the skills that were acquired and developed during one's professional career and in the context of the Master in Medical-Surgical Nursing. Therefore, a critical-reflexive analysis will be performed and the acquired skills will be integrated among those established by the Nurses' Order as abilities of the MSNM.

In what concerns one's professional career, and bearing in mind that one's work has always been done in the emergency services, one went through a path of developing aptitudes aimed at caring for patients in critical situation. This experience, linked to the advanced training that one attended, is in line with Tojal's perspective (2011) when he states that the knowledge coming from practice, confronted with the knowledge coming from training, contributes to the increase of the nurse's competences.

The clinical practices performed during the PSCMSN - Intensive and Option Care, and which took place in an intra-hospital and pre-hospital context (credited by the TCC), allowed the development of competences related to the care of the patient experiencing complex critical illness processes, allowing one to get acquainted with the response systems and maximize the intervention in the prevention and control of the infection.

In the Optional internship, included in this Master's degree, one developed a self-training / intervention project entitled "The basic life support in the 1st grade schools of the Municipality of São Vicente: Launching a seed, tracing a future", which contributed to promote health literacy, specifically in the BLS area.

As a conclusion, one would like to emphasize that one acquired and developed a series of competences throughout one's life, throughout one's professional experience and during the PSCMSN's and the MSNM's internships, that are in line with the 2nd cycle competences: the ability to solve complex problems, the aptitude to integrate and apply knowledge reflecting on ethical and social implications and responsibilities; the communication of knowledge and reasoning in a clear and objective way, both to specialists and / or non-specialists and the acquisition of competences for lifelong learning in a self-oriented way.

Keywords: Abilities; Master; Clinical Nurse Specialist; Critical Patient.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	13
CAPÍTULO I – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS RUMO À EXCELÊNCIA DO CUIDAR.....	15
1.1. Contextualização das competências de especialista e mestre em enfermagem médico-cirúrgica	21
CAPITULO II - AS COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRURGICA À LUZ DOS DESCRITORES DE DUBLIN.....	29
2.1. Capacidade de resolução de problemas complexos, integrando e aplicando conhecimentos, e refletindo sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais	32
2.2. Comunicação de conhecimentos e raciocínios de forma clara e objetiva, quer a especialistas, quer a não especialistas	61
2.3. Competências para uma aprendizagem ao longo da vida de modo auto-orientado ou autónomo	67
2.3.1 Estágio de Opção – O Suporte básico de Vida nas escolas do 1º Ciclo de São Vicente	69
CONCLUSÃO.....	89
BIBLIOGRAFIA	91
ANEXOS.....	i
ANEXO I – QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS DOS ALUNOS DO 3º E 4º ANO SOBRE SBV	iii
ANEXO II – AVALIAÇÃO GLOBAL	iv

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio surge no âmbito do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, promovido pela Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny no ano letivo 2016/2018 e a sua apresentação e discussão pública visa a obtenção do grau de Mestre.

O enfermeiro Mestre procura fundamentar, à luz da ciência, toda a sua prática, já de si baseada na evidência. Para a aquisição deste grau é necessário sedimentar um percurso profissional e académico, balizado pelas competências de enfermagem adstritas ao enfermeiro especialista em enfermagem Médico-Cirúrgica e competências comuns.

De acordo com o Decreto-Lei nº115/2013, de 7 de agosto, o Ciclo de estudos conducente ao grau de Mestre deve integrar “uma dissertação de natureza científica ou um trabalho de projeto, originais e especialmente realizados para este fim, ou um estágio de natureza profissional objeto de relatório final” (p.4752).

Assim, surge este relatório que tem como objetivo evidenciar as competências adquiridas e desenvolvidas durante o meu percurso profissional e no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, através de uma análise crítico-reflexiva, integrando-as com o preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (OE) para as competências do EEEMC.

Numa perspetiva geral da minha caminhada, percorri um trajeto onde as competências adquiridas e desenvolvidas durante o meu percurso profissional e formação académica, no âmbito da frequência da Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (CPLEEMC), do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (CMEMC) e de outras formações, direcionaram-se para as áreas do cuidar da pessoa a vivenciar doença crítica, desde o momento em que a pessoa é acometida de doença súbita/acidente, aos cuidados prestados por equipas especializadas no pré-hospitalar, aos cuidados prestados no serviço de urgência e nos cuidados intensivos.

No âmbito da realização do MEMC, submeti um pedido de creditação ao Conselho Técnico Científico da escola, referente às UC Estágio I (Urgência) e Estágio II (Cuidados Intensivos) tendo por base a fundamentação do meu percurso profissional, de exercer funções em serviços de urgência básico e polivalente há cerca de 18 anos, do meu percurso formativo ao longo da vida e da realização do CPLEEMC.

Pelo exposto, foi-me cedida creditação, atendendo à minha experiência profissional na prestação de cuidados aos doentes em situação urgente/emergente e à trajetória académica, que me permitiram adquirir/desenvolver as competências plasmadas no plano de estudos para estas duas UC, especificamente as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC) na vertente do cuidar da pessoa em situação crítica, enquadradas com os domínios das competências preconizadas pelos descritores de Dublin para o ensino de 2º ciclo.

Por sua vez, o estágio III, de carácter opcional foi realizado na comunidade, tendo desenvolvido um projeto de autoformação/ intervenção, nas escolas do 1º Ciclo do Concelho de São Vicente, tendo como objetivo geral *promover a literacia em saúde, especificamente na área do Suporte Básico de Vida, às crianças do 1º ciclo do Concelho de São Vicente*. Esta escolha baseou-se no facto da orientação de autoformação ao longo do meu trajeto profissional direcionar-se para área do socorro e também por ser um tema de extrema importância, pois o conhecimento sobre o SBV permite salvar a vida de pessoas, vítimas de PCR.

É nas escolas que os indivíduos edificam muito da sua personalidade, é na idade escolar que se aprende e desenvolve muita da nossa consciência crítica, sendo, portanto, o local oportuno para a implementação de bases sólidas promotoras de saúde. Pacheco (2014) defende que a formação em SBV deve ser disponibilizada aos mais jovens desde cedo, sendo a única forma de se conseguir ter uma população mais informada e capaz de dar a resposta adequada nas situações de emergência em que é necessário fazer SBV.

A metodologia utilizada para a elaboração deste relatório foi descritiva e reflexiva, com recurso à evidência científica e experiência profissional e académica, com o intuito de expor todas as experiências que contribuíram para a aquisição das competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC).

Este relatório encontra-se organizado em dois capítulos, para além da habitual introdução e conclusão. O primeiro capítulo debruça-se sobre o desenvolvimento de competências, perspetivando a excelência do cuidar, focando as competências de especialista e as de mestre. O segundo capítulo aborda as competências de 2º ciclo publicadas no Decreto-Lei nº115/2013, subdivididas em três subcapítulos. Em cada subcapítulo descrevo a forma como as competências foram desenvolvidas ao longo da minha experiência profissional, frequência do CPLEEMC e MEMC, apoiando em fundamentação teórica e na reflexão de relatos/situações vivenciadas ao longo do meu processo formativo.

**CAPÍTULO I – DESENVOLVIMENTO DE
COMPETÊNCIAS RUMO À EXCELÊNCIA DO
CUIDAR**

*Das competências especializadas à pessoa em situação crítica à intervenção
em Suporte Básico de Vida nas escolas do 1º ciclo*

A enfermagem é uma profissão com muita história. O seu percurso e evolução foram paulatinamente enriquecendo esta ciência do cuidar, atingindo um ponto em que a sua autonomia e mais valia sociais são inquestionáveis. Para que esta realidade fosse possível, naturalmente que muito empenho e muita luta por parte dos profissionais foi necessária.

Na presença de uma prática sustentada pela evidência, paralelamente a uma atividade científica ininterrupta, os enfermeiros foram desenvolvendo competências únicas e específicas que contribuíram para a sustentabilidade da enfermagem como profissão, competências essas legalmente reconhecidas pela sociedade e pelo estado.

Num mundo de trabalho cada vez mais exigente, onde um dos desafios não é apenas ser competente, mas sim, manter-se competente, Salles (2014) refere que o perfil básico de um colaborador numa organização deve ser moldado por vários factores, tais como a relação com a equipa (seja no papel de líder ou liderado), pela visão global das coisas, pela sua postura perante processos de mudanças, pela capacidade de facilitador dentro das suas funções e pelo seu currículo académico. Acrescenta ainda que a aquisição de conhecimentos é fruto de uma aprendizagem contínua.

Também Bento (2006) e Soares (2013) partilham desta opinião, complementando que, havendo implementada uma política adequada de gestão, perante ambientes competitivos, a aposta das organizações na formação dos seus recursos humanos é tida como uma forma de concretização de objetivos mútuos.

Os modelos de gestão clássica valorizavam mais o tempo de serviço na organização/instituição do que a capacidade de gerar valor acrescentado. No passado recente as competências passaram a ganhar maior valorização social, mudando o paradigma da gestão organizacional. A partir da década de 90 é que esta filosofia começou a se impor no mundo organizacional e empresarial devido às necessidades constantes de imposição no mercado e da busca incessante por lucros. Estas competências, a serem valorizadas, iriam repercutir-se na avaliação, reconhecimento e recompensa dos recursos humanos afetos a essa organização, premiando a relação entre competência e resultados (Ruthes & Cunha, 2008).

Na mesma linha de pensamento, Le Boterf já em 2006 afirmava que as competências são cada vez mais valorizadas pelas organizações. Por tal facto, os colaboradores das organizações também as valorizam e trabalham no sentido de obter a certificação destas, utilizando-as para obter uma melhor classificação e remuneração, para a construção de percursos profissionais, para ocupar uma posição destacada com valorização social e para obter renome.

Na vertente das competências em enfermagem, Serrano, Costa & Costa (2011) entendem que “os enfermeiros são actores do processo de mudança e os contextos são um imperativo ao desenvolvimento de competências” (p. 15). Estes autores realizaram um trabalho com o objetivo de estudar o modo como os enfermeiros desenvolvem as competências do cuidar em enfermagem e quais as determinantes desse processo. Concluíram que o desenvolvimento de competências resulta da articulação entre a equipa de saúde, o contexto e os saberes. Acrescentam ainda que estas competências são influenciadas por vários sistemas que têm por base “(...) estratégias promotoras de um processo reflexivo sobre a prática de enfermagem; a construção da experiência, um habitus de cuidar caracterizado pelo conhecimento colectivo e um processo de supervisão clínica” (p. 15).

Mas então, o que são competências? Reconhecido internacionalmente na área da gestão de competências e consultor internacional, Le Boterf (2003) defende que a competência é uma forma de agir perante uma determinada situação e, para agir com competência, um profissional deve combinar e mobilizar não só os seus recursos pessoais como também os recursos do meio envolvente. O autor defende ser difícil, até mesmo impossível, ser competente sozinho, de forma isolada.

Também partilhando um pouco desta visão, Fleury (1995), citado por Ruthes & Cunha (2008) define competências como “um saber agir responsável e reconhecido que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos, habilidades, que agreguem valor económico à organização e valor social ao indivíduo” (p. 110).

Na vertente da área da saúde, Le Boterf (2006) interliga a confiança com as competências, defendendo que o que as pessoas doentes procuram nos seus cuidadores é a confiança nos seus actos. Esta confiança pode ser conquistada através das competências observadas. O autor supracitado alude que os profissionais de saúde competentes (...) “são pessoas capazes de reagir a acontecimentos, de encarar situações inesperadas, de ir para além dos procedimentos a executar, de enfrentar o inédito, de tomar iniciativas pertinentes e de inovar diariamente” (p. 60).

Ao agir com competência reconhecida, Le Boterf (2006) afirma que o profissional põe em prática uma dinâmica que activa três dimensões: a dimensão dos recursos disponíveis, a dimensão da ação e dos resultados por ela produzidos e, por último, a dimensão da reflexividade. A primeira dimensão incorpora todos os recursos aos quais o profissional pode recorrer para agir, tais como o conhecimento, o saber-fazer, as capacidades cognitivas e competências comportamentais. A dimensão da ação e dos resultados por ela

produzidos alude objetivamente às práticas profissionais e ao desempenho. A terceira dimensão, reflexividade, é destacada pelo autor pela sua representação na construção da competência, consistindo na capacidade de avaliar de forma crítica o seu desempenho, no sentido do auto-aperfeiçoamento refletindo maturidade, experiência acumulada e inteligência emocional desenvolvida ao longo do tempo.

Perspectivando a competência como um conjunto de dimensões, também Ruthes & Cunha (2008) afirmam que este conceito integra três dimensões distintas, embora interligadas, as quais contemplam aspetos cognitivos, técnicos, sociais e afetivos, presentes na atividade laboral. Essas dimensões são o conhecimento, a habilidade e a atitude. Assim, ao indivíduo detentor do conhecimento é-lhe fulcral a capacidade para fazer uso deste através da utilização de um comportamento que se revele o mais adequado à consecução dos objetivos que se pretende, trazendo ganhos não só pessoais, como também para a organização que trabalha.

Tal como Ruthes & Cunha (2008) também, Caveião, Coelho & Zagonel (2013) apontam as mesmas três dimensões como partes integrantes da competência: o conhecimento, a habilidade e a atitude. O conhecimento surge como a dimensão mais ampla da competência e resulta do produto da experiência, aprendizagem, busca de informações e elaborações mentais aplicadas de forma objetiva e efetiva. As habilidades são definidas como as aptidões desenvolvidas e que tornam as pessoas diferentes em alguns aspetos, nomeadamente na execução técnica de uma determinada tarefa. As atitudes são os comportamentos relacionados à aplicação de princípios e valores, são o resultado de ações conscientes.

A aquisição de conhecimento, habilidades e atitudes é um processo desenvolvido diariamente, e a aplicação dessas dimensões expressa-se em saber, saber-fazer e saber-ser (Caveião, Coelho & Zagonel, 2013). Na mesma linha de pensamento, Dias (2010) acrescenta que “a tomada de decisão (expressar conflitos, oposições), a mobilização de recursos (afetivos e cognitivos) e o saber agir (saber dizer, saber fazer, saber explicar, saber compreender) são as características principais da competência” (p. 75).

Entende-se que a aquisição de uma determinada competência não é um estado final, mas sim um estado em constante mudança, sujeito às pressões, necessidades e realidades mutáveis da sociedade. Neste sentido, Le Boterf (2015) refere que o conceito de competência tem vindo a se modificar ao longo dos tempos e que o existente em 1970 não era o mesmo em 2000, nem no presente.

No passado, valorizava-se muito a produção, sem olhar à otimização das condições de trabalho, passando por um período posterior onde se começou a dar relevância às qualificações profissionais e ao seu reflexo positivo na produção. Contudo, Le Boterf (2015) ressalva que apenas as qualificações não são suficientes, sendo imprescindível aliar as qualificações à produtividade, à fiabilidade, à satisfação e confiança do cliente, tendo aqui as competências um papel de sustentabilidade desta relação cliente-organização-produto.

Nesta linha de pensamento Camelo e Angerami (2013) referem que a construção da competência equivale a um processo de transformação individual que compreende a dimensão do *saber* (conhecimentos), do *saber-fazer* (capacidades), do *saber-ser* (atitudes e comportamentos) e do *saber-aprender* (evolução das situações e a permanente atualização e adaptação que estas exigem). Estes autores sustentam que a competência se desenvolve ao longo da vida profissional, de forma gradativa e temporal, nos contextos de trabalho.

No campo da saúde, referindo-se especialmente ao contributo da formação para a construção de uma prática profissional, Camelo & Angerani (2013) defendem que a construção de competências implica não só a aquisição e incorporação de conhecimentos e habilidades, mas também as atitudes pessoais e relacionais, direcionadas a uma mudança no agir do profissional.

Uma outra visão é-nos dada por Vieira, Souto, Souza, Lima, Ohara & Domenico (2016), os quais sublinham que as competências não são em si mesmo saberes, mas sim, representações da capacidade de agir eficazmente perante uma situação, fundada em conhecimentos, mas não limitada a eles. Devem ser entendidas como uma das ferramentas de reorganização da formação no sentido de atender às exigências de uma realidade mutável.

Parafraseando Ruthes & Cunha (2008) “a competência envolve a questão do saber e do saber-fazer, a questão intelectual e o discernimento comportamental” (p. 110), sendo descritas como uma ferramenta possível para a obtenção de ganhos e crescimento pessoal e organizacional.

Nesta perspectiva de valorização pessoal e organizacional, Caveião et al, já em 2003 definiram competência como a inteligência prática relacionada a situações que dependem dos conhecimentos adquiridos e os transformam de tal forma quanto a complexidade das situações aumenta. Acrescentam ainda que a competência é o conhecimento para atuar de forma responsável e reconhecida, que implique mobilizar, integrar, transferir conhecimento, recursos e habilidades.

No sub-capítulo seguinte farei uma explanação das competências e suas dimensões, à luz da ciência de enfermagem.

1.1. Contextualização das competências de especialista e mestre em enfermagem médico-cirúrgica

Sendo a enfermagem uma profissão da área das ciências humanas, com um corpo de conhecimentos próprio, sujeita a mutações sociodemográficas e políticas, necessita ela própria de estar em constante atualização do seu corpo de conhecimentos e de ter à sua disposição profissionais capazes de responder às inúmeras e complexas demandas que vão surgindo.

Na área da pessoa em situação crítica, os serviços de saúde da nossa região e também do país, paulatinamente, vão recrutando profissionais formados para os seus quadros. São já vários os enfermeiros com especialização nesta área, conjugando-se com outros que possuem formação avançada extremamente pertinente para assistir a pessoa em situação crítica.

Contudo, Nunes et al (2009) afirmam que, embora as equipas de saúde que trabalham nos serviços de urgência sejam constituídas por elementos com elevados níveis de motivação e empenho, estes possuem “treino de base insuficiente, não controlado e não reciclado periodicamente, traduzindo-se num nível médio de cuidados baixo.” Os autores referem que as prioridades estão alteradas e as decisões tomadas no socorro, muitas vezes, não são as melhores para a vítima. São baseadas em boa vontade e não fundamentadas científica e tecnicamente.

Contrapondo esta opinião, Acosta, Marques, Lewandowski, Peralta & Lima (2016) efetuaram uma revisão integrativa de literatura intitulada *Satisfação de usuários com cuidados de enfermagem em serviço de emergência: uma revisão integrativa*, através da qual concluíram que os utentes estão satisfeitos com os cuidados de enfermagem em serviços de emergência, salientando que estes atendem às suas expectativas, destacando a atuação dos enfermeiros com ações potencializadoras da qualidade do atendimento. Neste estudo foram também elencados alguns atributos aos enfermeiros que trabalham em serviços de urgência, nomeadamente a competência profissional, a simpatia, a cortesia, o respeito, as medidas de conforto e o compartilhar informações.

Assumindo a competência como um elemento chave dos cuidados de enfermagem, Oliveira, Queirós & Castro (2015) realizaram um estudo quantitativo, descritivo

correlacional, envolvendo 1164 enfermeiros de hospitais portugueses, com o objetivo de mostrar a relevância e a importância das suas competências profissionais. Para tal definiram como sendo os objetivos específicos: conhecer o nível de competência profissional dos enfermeiros portugueses; relacionar variáveis sociodemográficas e profissionais com as dimensões da escala de competência do enfermeiro e identificar o nível de competências profissionais dos enfermeiros nas áreas de desenvolvimento profissional e nas necessidades formativas. As principais conclusões apontaram que os enfermeiros portugueses avaliam a sua competência em níveis elevados de competência profissional.

No estudo mencionado, após a análise dos instrumentos de colheita de dados aplicado (questionário) foi possível evidenciar que 92,10% dos enfermeiros se classificaram num nível de competência de bom e muito bom. Correlacionando o nível de competência profissional do enfermeiro com o facto de ser detentor de uma especialidade em enfermagem, os resultados mostraram que as médias obtidas nos questionários são mais elevadas, em todas as dimensões, nos enfermeiros que possuíam uma especialidade em enfermagem. A partir destes dados, Oliveira et al (2015), verificando haver diferença estatística relevante entre dois grupos de enfermeiros que detinham ou não uma especialidade em enfermagem, concluíram que o possuir uma especialidade influenciava o nível de competência.

Deste modo, também num estudo realizado na Suécia por Karlstedt, Wadensten, Fagerberg & Poder, em 2014, com o objetivo de verificar se o nível de competências dos enfermeiros devia-se apenas à idade ou se era influenciado pela formação, foi possível concluir que a classificação elevada da competência autopercecionada pelo enfermeiro estava relacionada com a idade e anos de experiência, mas também com o maior tempo de formação e com o facto de possuir, pelo menos, uma formação pós-graduada em enfermagem especializada.

No que se refere ao papel da formação na aquisição de competências, a OE interveio, trazendo um valioso contributo ao desenvolvimento profissional. Tendo a responsabilidade pela regulamentação do exercício profissional da Enfermagem em Portugal, a OE construiu um percurso fundamental no sentido da afirmação da profissão. Procurando regular, valorizar e sustentar a autonomia da enfermagem, foram definidos o Código Deontológico e os Padrões de Qualidade para os Cuidados de Enfermagem, documentos essenciais para nortear o exercício da profissão. Nestes documentos, as competências do enfermeiro assumem um papel bem presente.

O Código Deontológico da profissão de enfermagem, inserido nos Estatutos da OE, republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, no seu artigo 99.º *Princípios gerais*, no ponto 2, diz-nos que entre os valores universais a observar na relação profissional figuram a competência e o aperfeiçoamento profissional.

Enfatizando as competências e valorização profissional, no seu artigo 100.º *Dos deveres deontológicos em geral*, acrescenta ainda que “o enfermeiro assume o dever de proteger e defender a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum, sobretudo quando carecidas de indispensável competência profissional” (p. 8102). Faz ainda referência à solidariedade para com a comunidade, procurando atuar sempre de acordo com a sua área de competência, assegurando a atualização permanente dos seus conhecimentos frequentando ações de qualificação profissional.

Continuando este raciocínio, a Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, no seu artigo 109.º *Da excelência do exercício*, preconiza que o enfermeiro deve procurar, em todos os seus atos, a excelência do exercício, assumindo o dever de

analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude; procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa; manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas. (p. 8103).

No âmbito da deontologia profissional, o enfermeiro deve acompanhar e dar resposta às necessidades em saúde que a sua comunidade apresenta, numa perspetiva de ganhos em saúde e ganhos sociais (Lei n.º 156/2015, Artigo 101º). Assim, o desenvolvimento de competências permite ao profissional adequar os seus cuidados de forma mais eficaz e eficiente. Como salienta Vieira et al (2016), referindo-se ao papel das competências na formação do enfermeiro, “(...) a competência enseja aplicar adequadamente conhecimentos e habilidades para alcançar um determinado resultado no contexto no qual o profissional se encontra inserido” (p. 107).

O desenvolvimento de competências é uma caminhada com início, mas sem fim. Na enfermagem iniciamos pelo desenvolvimento das competências de enfermeiro de cuidados gerais e vamos progredindo, em paralelo com o crescimento profissional e com as experiências vividas, em novos contextos. Neste sentido, a OE, em 2010, assumiu o início de uma nova era na profissão, clarificando toda a área de intervenção do enfermeiro através da definição e regulamentação das diferentes áreas de especialização. Para esta

regulamentação, tornou-se necessário clarificar e especificar as competências específicas de cada uma das áreas de especialidade e as competências comuns a todas as áreas de especialidade.

Segundo a OE (2010), as competências comuns são as transversais a todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, e são “(...) demonstradas através da elevada capacidade de concepção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efectivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (p. 3). Englobam os domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria contínua da qualidade, a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

No que se refere a competências específicas, entende-se como sendo aquelas que emergem das respostas humanas aos processos de vida e dos problemas de saúde inerentes ao campo específico de intervenção. Estas competências são demonstradas através “(...) de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.” (OE, 2010; p. 3).

Atendendo a que a minha área de especialização é a médico-cirúrgica, as competências clínicas especializadas integram o perfil das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica e o perfil das competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crónica e paliativa. Neste relatório irei debruçar-me essencialmente no desenvolvimento de competências na vertente do cuidar da pessoa em situação crítica, uma vez que todo o percurso académico e profissional foi neste sentido.

A OE (2015), no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica cita que “a pessoa em situação de doença crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou iminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (p. 1). A mesma entidade acrescenta ainda que a pessoa em situação crítica é aquela que necessita de cuidados altamente qualificados, prestados de forma contínua devido à sua condição de saúde. Estes cuidados pretendem dar resposta às necessidades afetadas e que colocam em risco a vida e permitem ainda manter as funções básicas de vida, prevenir complicações e limitar incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total.

Outra perspetiva é-nos dada por Pessini et al (2010) ao afirmar que a expressão “paciente crítico” refere-se a um portador de doença em estado avançado e/ou grave que requer uma atitude decisiva e eficiente por parte de toda a equipa da saúde.

A etiologia que levou a pessoa a uma situação crítica pode ser extremamente variada e complexa. Pode ter origem num problema da área médica, cirúrgica, traumatológica, infecciosa ou ainda um misto de várias. Muitas vezes quando estamos perante uma pessoa em situação crítica, desconhecemos ainda a causa subjacente à situação. Contudo, a atuação do enfermeiro tem que ser de prontidão e altamente qualificada de forma a garantir o melhor resultado para a vítima. Esta área de atuação representa um mundo de complexidade e desafios para o cuidar em enfermagem nas quais o enfermeiro especialista necessita mobilizar os seus múltiplos conhecimentos e habilidades por forma a responder em tempo útil e de forma holística (OE, 2010).

Para um desempenho de excelência na prestação de cuidados aos doentes em situação crítica, independentemente dos serviços onde possa estar internado, idealmente todos os enfermeiros afectos a estes serviços deveriam possuir especialização/mestrado nesta área. Desta forma, assegurando melhores competências profissionais, asseguramos melhores cuidados de enfermagem. Além disso, e de acordo com Manton (2001), a especialização traz maior credibilidade perante utentes, colegas e entidades empregadoras, poderá representar aumento de salário e, acima de tudo, aumenta a autoestima do profissional. Corroborando esta visão, Lee (2001), numa perspetiva de doente crítico nos serviços de urgência, afirma que em nenhuma outra área da enfermagem se espera do enfermeiro tantos conhecimentos “do berço ao túmulo”.

Tendo como fundamento a experiência como pilar da competência, enfermeiros que trabalham há muitos anos no cuidar da pessoa em situação crítica, mesmo sem possuírem o título académico de especialista/mestre em EMC, na prática são considerados peritos. Falta-lhes o reconhecimento legal e a fundamentação teórica, através da frequência num curso de especialização ou mestrado reconhecido pela ordem. Esta perícia reconhecida ou know how, deve-se ao acumular de anos e anos de experiência prática, muitas vezes fundamentada com alguns cursos específicos. Assim o defende Benner (2005) na sua teoria *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. A autora refere que no estágio de perito, o enfermeiro nunca exclui uma série de possibilidades alternativas, afastando da sua prática o método analítico agindo de modo intuitivo. Este estágio apresenta-se como o desenvolvimento máximo, onde o papel do enfermeiro é fulcral para o desenvolvimento do

conhecimento, no qual a prática se torna visível, através da descrição das suas experiências, evidenciando assim as suas competências.

A exigência de qualidade na prestação dos cuidados de enfermagem reflete uma intervenção prática crescentemente exigente, perante a qual Fonseca (2015) afirma que o profissional enfermeiro, para dar uma resposta adequada, necessita empenhar-se no contínuo aperfeiçoamento das suas competências teóricas. Sendo esta uma realidade, “é prioritário a atualização de conhecimentos por parte dos enfermeiros, de forma a desenvolver uma prática profissional cada vez mais complexa, especializada e exigente, permitindo à população obter cuidados de enfermagem personalizados face às necessidades da pessoa, família ou comunidade” (Fonseca, 2015, s.p.).

O desenvolvimento profissional assente em formação contínua é uma necessidade imperativa dos enfermeiros nos dias de hoje. Esta formação ao longo da vida profissional, na perspetiva de Fonseca (2105), permite “(...) a aquisição de competências para uma prestação de cuidados de qualidade tendo em conta os novos desafios que se impõem” (s.p.).

Para a OE (2014), prestar cuidados a doentes em situação crítica é um desafio pois estes doentes

exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objectivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detectar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil (Regulamento nº 124/2011, p. 1).

Ciente da necessidade de melhoria da qualidade dos cuidados à pessoa em situação crítica, através da valorização profissional e da aquisição de competências, a OE (2010) define como competências específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica: o cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, a dinamização da resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, desde a conceção até à ação e a prevenção e controlo da infeção. Todas estas competências estão estratificadas em unidades de competência que espelham as áreas de mobilização de conhecimentos e habilidades do enfermeiro perante a complexidade dos variados contextos. Como Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, desenvolvi e adquiri competências nestas áreas aquando do curso de Pós-Licenciatura em EMC e durante a minha experiência profissional.

O âmbito de ação do enfermeiro pode e deve ser reforçado com os conhecimentos e competências que o Mestrado permite adquirir e desenvolver. De acordo com o artigo nº 2

do Regulamento do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da ESESJC, com fundamento nas competências especializadas definidas pela OE e nos Descritos de Dublin, a formação especializada visa o desenvolvimento de competências científicas, técnicas, ético-deontológicas e humanas altamente diferenciadas de modo a que os enfermeiros sejam capazes de:

Se constituir como líderes e modelos de referência e de apoio para os seus pares na resolução das situações de maior complexidade apresentadas pelos doentes em contextos de urgência, emergência, cuidados intensivos e outros; Utilizar a metodologia de investigação, recolhendo, analisando e utilizando o pensamento crítico na análise dos dados; Mobilizar a evidência científica do domínio da Enfermagem face à pessoa em situação crítica e incorporá-la no processo de tomada de decisão inerente à prestação de cuidados especializados. (p. 1).

Neste sentido, segundo os Descritores de Dublin, deve ser atribuído o grau e distinção de Mestre ao estudante que tenha comprovadamente atingido o nível de desempenho que demonstre possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que, sustentando-se nos conhecimentos obtidos num curso de 1.º ciclo ou equivalente, os desenvolva e aprofunde, sabendo utilizar esses conhecimentos como base de desenvolvimentos ou de aplicações originais, em contexto de investigação.

Ainda no seu âmbito de competências de Mestre, o profissional deve demonstrar saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e resolução de problemas em situações novas, demonstrando capacidade para integrar novos conhecimentos e lidar com questões complexas, desenvolvendo soluções ou emitindo juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que daí resultem. Complementa estas competências com a capacidade de comunicar as suas conclusões e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, de uma forma clara e sem ambiguidades e, finalmente, que os mestres devem apresentar competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo (Decreto lei nº 115/2013).

Procurando este relatório descrever, refletir e fundamentar um percurso no sentido da atribuição do grau de Mestre em EMC, no capítulo seguinte serão explanadas as competências adquiridas e desenvolvidas ao longo da vida/experiência profissional, durante o CPLEEMC e ao longo do CMEMC, as quais assistem a legitimidade da obtenção desta distinção académica.

*Das competências especializadas à pessoa em situação crítica à intervenção
em Suporte Básico de Vida nas escolas do 1º ciclo*

CAPITULO II - AS COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRURGICA À LUZ DOS DESCRITORES DE DUBLIN

*Das competências especializadas à pessoa em situação crítica à intervenção
em Suporte Básico de Vida nas escolas do 1º ciclo*

O Mestre em enfermagem médico-cirúrgica deve ser detentor de um conhecimento aprofundado no domínio da sua área de especialização, demonstrando níveis elevados de julgamento clínico e de tomada de decisão. Assim sendo, e nos termos do Decreto-Lei n.º 115/2013 de 7 de agosto, referente aos ciclos de estudos conducentes ao grau de mestre, esta distinção académica deverá ser concedida numa especialidade, aprovada conjuntamente com a criação do ciclo de estudos, podendo, quando necessário, essa especialidade ser desdobrada em áreas de especialização. Deste modo, o percurso académico realizado converge para a aquisição de competências de Mestre com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Ao longo de quase duas décadas de exercício profissional, tendo seguido uma linha condutora na orientação da prática e também na formação ao longo da vida, foram apreendidas, desenvolvidas e sedimentadas inúmeras competências na área da enfermagem. Principiando pelas competências de enfermeiro de cuidados gerais, trabalhando desde sempre em ambiente de urgência e emergência, fui adquirindo, construindo e desenvolvendo competências acrescidas diferenciadas que marcam todo o meu percurso profissional.

No seguimento deste percurso e da frequência do CPLEEMC, fui sedimentando as competências de especialista em EMC na vertente do cuidar a pessoa em situação crítica. As competências de especialista contemplam domínios que, pela sua transversalidade e importância, são comuns a todos os especialistas, independentemente da sua área de especialidade e de exercerem a sua prática nos cuidados de saúde primários ou em unidades diferenciadas. São os domínios comuns do enfermeiro especialista que, de acordo com o regulamento n.º 122/2011 da OE, publicado em Diário da República, enquadram-se nos domínios da responsabilidade ética e legal, da melhoria contínua dos cuidados, da gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Seguidamente, apresento os domínios genéricos dos Descritores de Dublin, subdivididos em três sub-capítulos. Em cada sub-capítulo descrevo a forma como foram desenvolvidas e atingidas as competências ao longo da minha experiência profissional, frequência do CPLEEMC e MEMC, apoiando em fundamentação teórica e na reflexão de relatos/situações vivenciadas ao longo do meu processo formativo.

2.1. Capacidade de resolução de problemas complexos, integrando e aplicando conhecimentos, e refletindo sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais

Neste domínio de competências, e de acordo com o Decreto-Lei n.º 115/2013 de 7 de Agosto, alcança o grau de mestre o estudante que tenha demonstrado possuir conhecimentos e capacidade de compreensão, sustentados nos conhecimentos obtidos no Curso de 1º ciclo, e que estes conhecimentos permitam ou constituam a base de desenvolvimento de aplicações originais, nomeadamente em contexto de investigação.

O enfermeiro Mestre demonstra saber aplicar os seus conhecimentos, revela capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a sua área de estudo. Preconiza também a capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem (Decreto-Lei n.º 115/2013).

Numa linha de concordância, o regulamento n.º 122/2011 da OE, que regula as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, refere que o enfermeiro especialista demonstra um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas. Na minha prática clínica esta tem sido a forma de estar na profissão. A prestação de cuidados de qualidade, de forma adequada e atempada, identificando, tratando e prevenindo complicações, tem sido uma realidade e só foi possível graças ao suporte teórico e prático adquirido ao longo dos anos, fortemente consolidado com a frequência do curso de pós-licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica e deste mestrado. A capacidade de ver além do óbvio e do evidente permite despistar e detetar lesões que podem colocar a vida em risco, permitindo uma melhor orientação e antecipação dos cuidados, atendendo às implicações éticas e sociais inerentes a cada situação.

O meu percurso profissional foi sendo consolidado através da aplicação de conhecimento e no desenvolvimento da capacidade de compreensão dos problemas de saúde/doença, devido às inúmeras experiências proporcionadas nos mais distintos e complexos contextos, suportadas teoricamente, permitindo resolver os problemas emergentes nessas novas situações complexas, obtendo resultados positivos para os doentes e familiares. A consolidação deste percurso alinha-se com o que está contemplado nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem em pessoa em Situação Crítica, publicado em diário da República através do Regulamento n.º

361/2015, (OE 2015) no enunciado descritivo *Satisfação do Cliente*, onde refere que o enfermeiro deve atuar de forma precisa, eficaz, eficiente, holística e em tempo útil face à pessoa em situação crítica.

Também, como fontes de contributo ímpar para a aquisição de conhecimentos e compreensão das situações/problemas de saúde, levando-me a refletir sobre as suas implicações éticas e sociais e, ao mesmo tempo, criando inúmeras oportunidades para os aplicar, quero aqui salientar o exercício profissional no Serviço de Urgência do Hospital Dr. Nélio Mendonça (SU Polivalente), onde desempenhei funções entre 2000 e início de 2006 e onde voltei durante o período de um mês em 2016; o Serviço de Urgência do Centro de Saúde da Calheta (SU Básico), onde desempenhei funções durante 2006; e o Serviço de Urgência do Centro de Saúde de São Vicente (SU Básico), onde desempenho funções desde finais de 2006.

Por forma a facultar uma transparente compreensão do meu percurso profissional afeto a diferentes serviços de urgência, importa compreender a natureza dos cuidados que são prestados num Serviço de Urgência Básico (SUB) e um Serviço de Urgência Polivalente (SUP). De acordo com o Despacho n.º 10319/2014 do Ministério da saúde, a rede de SU integra diferentes níveis de respostas: os SUB, os SU Médico-Cirúrgicos (SUMC) e os SUP. Vou fazer referência aos SUB e SUP, pois são os que se enquadram no meu percurso profissional.

De acordo com o Despacho n.º 10319/2014, os SUB “são o primeiro nível de acolhimento a situações de urgência, de maior proximidade das populações, e constituem um nível de abordagem e resolução das situações mais simples e mais comuns de urgência” (p. 20673). Acrescenta também que estes serviços

(...) constituem-se ainda como um nível de estabilização inicial de situações urgentes de maior complexidade nas situações que exijam um nível de cuidados mais diferenciado, e em que o Sistema de Emergência Médica Pré-hospitalar não tenha condições para assegurar o transporte direto seguro para esse nível de responsabilidade de SU mais elevado (...) p.20673.

Sendo estas as unidades de maior proximidade, o mesmo despacho do Ministério da Saúde salienta que devem estar localizadas em áreas nas quais o acesso a serviços de urgência de nível superior esteja a mais de 60 minutos de distância. Na ótica dos recursos humanos alocados, os SUB deveriam dispôr dos seguintes recursos humanos mínimos: dois Médicos em presença física; dois enfermeiros em presença física; técnico(s) de diagnóstico e terapêutica de áreas profissionais adequadas, de acordo com a diversidade dos exames a

efetuar; um assistente operacional com funções de auxiliar de ação médica e um assistente técnico, por equipa.

O equipamento disponível nos SUB foi também definido.

Além do carro de emergência (...) material para assegurar a via aérea, (...), Monitor de Sinais Vitais, com desfibrilhador (...), saturímetro, capnógrafo e marca passo externo, eletrocardiógrafo (...), equipamento para imobilização e transporte do traumatizado, (...) pequena cirurgia, radiologia simples, patologia química/química seca e (...) medição de gases do sangue (...). (Despacho n.º 10319/2014, p. 20673)

Cada SUB também deverá ter:

(...) uma ambulância de suporte imediato de vida SIV, ativável apenas pelo CODU do INEM, em gestão integrada, cujo elemento de enfermagem participa, além da atividade pré-hospitalar, na prestação de cuidados no Serviço de Urgência e colabora no transporte de doentes críticos. (Despacho n.º 10319/2104, p. 20673)

Quanto aos SUP, estes representam os serviços com o nível mais diferenciado de resposta às situações de Urgência e Emergência, oferecendo resposta de proximidade às pessoas em todas as valências. Estes serviços deverão ter

(...) uma VMER em gestão integrada, em que a equipa para além de assegurar a atividade pré-hospitalar, participa na prestação de cuidados ao doente crítico no Serviço de Urgência da Unidade de Saúde, podendo colaborar no seu transporte (...). Devem existir SUP dedicados ao doente politraumatizado, designados por Centro de Trauma (CT). (Despacho n.º 10319/2014, p. 20673)

Na RAM, as características intrínsecas a um SUB e a um SUP, tal como estão plasmadas no Despacho n.º 10319/2014, não são observadas na sua totalidade. Contudo, sabendo que se trata de uma região autónoma com especificidades políticas, culturais, geográficas e sociodemográficas, compreendo a necessidade de adaptação do despacho à nossa região.

Apesar de compreender a necessidade de adaptação do referido despacho à RAM, no SUB onde exerço funções existem aspetos suscetíveis de melhoria, quer a nível de recursos humanos especializados, meios técnicos, quer a nível de equipamentos, constituindo um desafio no meu dia a dia. A equipa de saúde é constituída por um médico, um enfermeiro, um assistente operacional e um assistente administrativo. São profissionais empenhados que procuram responder às situações emergentes, de acordo com as suas competências e meios disponíveis. Não existem disponíveis meios auxiliares de diagnóstico, desde análise de gases no sangue a capnografia e radiologia, tornando a atuação da equipa mais “limitada”.

Visando a circular normativa da DGS 07/DQS/DQCO de 2010 referente às vítimas de trauma, esta preconiza que nos SU básicos existam equipas de trauma com uma

constituição multidisciplinar mínima necessária para a abordagem do doente traumatizado, possuindo formação e experiência em trauma. A constituição recomendada é de um médico, um enfermeiro (se possível dois), e um assistente operacional, os quais todos devem ter formação específica na área.

No SU onde desempenho funções a equipa é formada por um médico, um enfermeiro, um assistente operacional, tal como preconizado, contudo, apenas um enfermeiro do serviço possui formação específica em trauma e nenhum assistente operacional possui formação nesta área. Daqui emerge uma inquietação a qual tenho contribuído ativamente para a sua resolução, desenvolvendo e implementando formação em serviço, na área da abordagem ao doente politraumatizado, contribuindo para que a equipa desenvolva competências para dar resposta a estas situações.

Estes dados incitam a uma reflexão sobre o atendimento dos doentes, fundamentalmente, os doentes críticos que são aqueles que necessitam de um sistema de socorro eficaz. Assim sendo, o Despacho nº 10319/2014 a ser cumprido à risca, irá permitir a promoção da qualidade na assistência ao doente, melhorando o acesso e reforçando a segurança dos cuidados.

Entendendo o exposto como desafios que como enfermeiro enfrento no meu dia a dia a exercer num SUB. O facto de ter desempenhado funções na fase inicial da minha vida profissional num SUP permitiu-me vivenciar um leque variado de experiências que se foram sedimentando em conhecimentos e competências, as quais foram importantes para o processo de integração, adaptação e capacidade de dar resposta as situações complexas, que surgem no SUB.

Importa discernir que, embora genericamente as competências necessárias ao enfermeiro no SUB e no SUP possam ser as mesmas, a forma como são aplicadas diferem, pois, a natureza dos serviços implica atuação em contextos diferenciados. Segundo Holanda, Marra & Cunha (2014), existem oito competências no âmbito do desempenho dos enfermeiros em urgência, envolvendo estas o domínio dos cuidados prestados, do trabalho em equipa, da liderança, da humanização, do relacionamento interpessoal, da tomada de decisão, da orientação para resultados e o domínio da proatividade. Cabe ao profissional adaptar-se aos contextos onde exerce, operacionalizando os domínios das suas competências.

A minha prática no SUB e SUP, sustentada em conhecimento, permitiu desenvolver a capacidade de resolução de problemas complexos e adquirir uma perícia para atuar nas

mais complexas situações que, para Matney, Staggers & Clark (2016), incluem avaliar a informação, identificar um problema e criar e/ou modificar planos de intervenção de acordo com as necessidades que surgem.

Perante situações que envolvem transferência de doentes em estado crítico, algumas das competências inerentes ao enfermeiro de urgência preconizadas por Holanda et al (2014) como a abordagem ao doente, o processo de tomada de decisão e os cuidados prestados, exigem o desenvolvimento de competências acrescidas por parte do enfermeiro de serviços menos diferenciados (SUB), relativamente aos profissionais que exercem num SUP, uma vez que estes têm ao seu dispor recursos humanos e materiais diferenciados, o que não acontece num nível básico.

Além dos contributos adquiridos nos serviços onde desenvolvi a minha atividade profissional, também os contextos de estágio onde desempenhei a minha prática tutelada, no âmbito do CPLEEMC na vertente do cuidar da Pessoa em Situação Crítica, contribuíram para a aquisição de competências relacionadas com a capacidade de resolução de problemas complexos, integrando e aplicando conhecimentos, e refletindo sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais.

O Estágio II (Cuidados Intensivos) foi realizado na UCIP do HNM e o Estágio III (Opção), foi realizado no Serviço de Urgência do Hospital São João, no Porto, no INEM (VMER do Hospital São João e Hospital Pedro Hispano; SIV de Valongo - e, por fim, no Funchal, no SEMER, em meio EMIR).

A escolha pelos serviços mencionados deveu-se a um gosto pessoal pelo cuidar do doente crítico e pela emergência pré e intra-hospitalar, pretendendo com o estágio nestes serviços não só a satisfação pessoal, mas, acima de tudo, o preenchimento de um vazio nas competências profissionais nestas áreas. O objetivo geral que defini para os campos inseridos no Estágio Opção do CPLEEMC foi aprofundar conhecimentos específicos sobre a abordagem ao doente crítico na vertente pré-hospitalar e hospitalar, tendo como foco principal o doente politraumatizado.

Sendo a situação traumática um acontecimento súbito que envolve uma agressão ao organismo, afetando um ou mais órgãos que põem em risco a vida, a maioria das mortes por trauma ocorre na cena ou na primeira hora após o trauma. Considerando o número de mortes, cerca de 76% poderiam ser evitadas se houvesse uma intervenção competente dentro da chamada *hora de ouro* (Simões et al, 2012).

Exercendo funções num serviço periférico (SUB) onde, por vezes, a primeira abordagem ao doente vítima de trauma é prestada neste contexto e só depois os doentes são encaminhados para um hospital *fim de linha* (SUP), faz com que a equipa tenha de desenvolver competências para dar resposta às necessidades de cuidados que os doentes apresentem. Para que esta seja a realidade, é necessário adquirir conhecimentos e competências em traumatologia, para poder responder adequadamente e em tempo útil, identificando e despistando rapidamente focos de instabilidade, tratando ou estabilizando apenas o extremamente necessário, promovendo a transferência segura, a observação e o tratamento adequado no local indicado, por técnicos especializados com capacidade para dar uma resposta definitiva.

Ainda relativamente ao doente crítico vítima de trauma, segundo Simões et al (2012), os óbitos por trauma ocorrem em três picos: o primeiro acontece em segundos ou minutos após a lesão e é provocado por traumatismos graves praticamente irreversíveis, pois quando o socorro chega já não há nada a fazer, como, por exemplo, lesões graves da aorta, coração, medula, tronco cerebral ou por insuficiência respiratória aguda. O segundo pico ocorre algumas horas após o trauma e é decorrente de hemorragias e de lesões do sistema nervoso central. O terceiro pico ocorre após 24 horas, em decorrência da falência de múltiplos órgãos e por infeção.

Os autores supracitados afirmam que o atendimento pré-hospitalar influencia diretamente na sobrevivência do segundo pico de óbito e indiretamente do terceiro pico, pois a intervenção precoce permite tratar lesões reversíveis, mas potencialmente fatais, além de que a abordagem pré-hospitalar sistematizada permite evitar ou diminuir as lesões secundárias.

Relativamente às competências das equipas de socorro que atuam no pré-hospitalar, Oliveira (2013) refere que estes operacionais são frequentemente confrontados com situações graves que exigem uma atuação segura e tecnicamente adequada. Acrescenta ainda que “aqueles que desempenham funções operacionais na emergência médica pré-hospitalar têm a perfeita noção de que é, maioritariamente, nesta abordagem inicial da vítima, bem estruturada e sequencial, que muitas vidas podem e devem ser ganhas.” (p.5). Neste sentido, o INEM tem definida formação específica para todos os seus operacionais, de forma a promover à vítima uma abordagem padronizada e sistematizada.

Guiado pelo objetivo de aprofundar os conhecimentos na área da abordagem ao doente crítico nas vertentes pré e intra-hospitalar, no CPLEEMC, concretamente no estágio Opção, na minha passagem pelo SU do HSJ, tive o cuidado de conhecer e manusear bem os materiais e equipamentos existentes nas salas de atendimento dos doentes urgentes/emergentes. Esta estratégia foi importante para compreender e colaborar ativamente na prestação de cuidados. Situações com doentes politraumatizados em estado crítico foram escassas durante o período em que decorreu o estágio, ao contrário do que esperava, atendendo ao local de estágio ser conceituado e reconhecido como centro de trauma. Contudo, nas poucas oportunidades com doentes vítimas de politrauma, tive oportunidade de aplicar a abordagem sistematizada ABCDE, de acordo com o Manual de ATCN (2008) e ATLS (2012).

A metodologia ABCDE utilizada na abordagem à pessoa vítima de trauma permite escrutinar todos os sistemas orgânicos em busca de lesões que possam ameaçar a vida, e tratá-las à medida que as vamos encontrando. Segundo o Colégio Americano de Cirurgiões (2012), o A (airway) refere-se ao assegurar uma via aérea permeável com controlo cervical. O B (breathing) refere-se à avaliação do padrão respiratório, promovendo a oxigenação. O C (circulation) remete-nos para a avaliação do sistema cardiocirculatório, com especial atenção à identificação de focos hemorrágicos. O D (disability) contempla a avaliação neurológica da vítima, desde o seu estado de consciência, à escala de coma e alterações sensitivo-motoras. Finalmente, o E (exposure) implica a exposição e observação da vítima, procurando despistar lesões menos óbvias que possam colocar a vida em risco, tendo uma atenção particular ao controlo de temperatura.

Segundo o Colégio Americano de Cirurgiões (2012) a metodologia de avaliação ABCDE é uma das formas de abordagem às vítimas de trauma, a qual permite efetuar uma avaliação rápida das lesões e instituir medidas terapêuticas de suporte de vida. É uma metodologia que promove uma abordagem sistematizada, que pode ser facilmente revista e aplicada e que tem em conta o fator tempo para a diminuição da mortalidade e morbilidade.

Na prática, esta sistematização da abordagem mostra-se muito eficaz e segura, podendo ser aplicada também a doentes do foro médico, permitindo despistar focos de instabilidade. Uma avaliação inicial adequada e atenta, segundo Sedlak (2001), é a base de todos os cuidados prestados ao doente no SU, na medida em que permite identificar os problemas específicos de enfermagem para, posteriormente, implementar as intervenções terapêuticas adequadas.

As situações em que a via aérea não estava patente, com necessidade imediata de proceder à colocação de via aérea avançada, foram muito frequentes. Como os médicos que estão alocados à área vermelha são intensivistas, essa técnica era realizada com muita naturalidade e eficácia. Saliento a preocupação sistemática da equipa em proceder à sedação, curarização e analgesia sempre que necessário, antes da entubação.

Perante situações críticas de causa respiratória, com compromisso da função respiratória e alteração do estado de consciência, pude observar a aplicação da ventilação não invasiva (VNI) com sucesso. A equipa da sala de emergência, perante este tipo de situações, procura tentar reverter e controlar a situação sem recorrer a abordagens invasivas da via aérea. Esta abordagem permite aumentar o conforto do doente, prevenir complicações, diminuir o tempo de internamento e diminuir os custos com o tratamento.

Numa revisão sistemática da literatura sobre ventilação não invasiva versus ventilação mecânica, Ramos et al (2011) chegaram à conclusão de que a opção pela VNI reduziu a incidência de Pneumonia nosocomial e de Sepsis, reduziu a necessidade de antibioterapia e do tempo de internamento, traduzindo-se numa diminuição da comorbilidade e mortalidade associada à insuficiência respiratória. Os resultados mostraram ainda que foi possível diminuir para metade o recurso à entubação traqueal, a necessidade de oxigenoterapia e alimentação parentérica, refletindo positivamente na percepção da qualidade de vida e conforto psico-emocional da pessoa e seu núcleo envolvente. Os autores concluíram que a ventilação não invasiva diminuiu significativamente as complicações graves e irreversíveis da ventilação mecânica, quando utilizada em situações de falência respiratória, repercutindo-se na expectativa de vida e na redução dos custos em serviços de saúde.

Ao longo da minha experiência profissional foram raras as situações em que me confrontei com pessoas vítimas de queimaduras. Na Região Autónoma da Madeira não são tão frequentes, recordando-me apenas de uma ou outra situação pontual de menor gravidade. É uma área na qual sentia alguma insegurança na prestação de cuidados, antes da realização do CPLEMC, devido à falta de experiências.

Neste sentido, foi profícua a minha passagem pelo SUHSJ, pois tive a oportunidade de cuidar de duas pessoas vítimas de queimaduras graves. Ambas as situações foram de extrema importância para a minha aprendizagem e para a aquisição de competências, nomeadamente no que se refere à antecipação da instabilidade do doente, risco de falência orgânica e gestão da dor.

Na primeira situação, o doente apresentava queimadura de 2º grau da face e pescoço. Chegou ao SU consciente e orientado, cooperante. Apresentava rouquidão e queimadura dos cílios do nariz. Hemodinamicamente estável, referindo dor. Foram prestados todos os cuidados, incluindo analgesia, fluidoterapia e tratamento local da pele queimada. A parte mais relevante desta situação, e que me despertou interesse, foi o facto da teoria preconizar que nestas situações o doente seja imediatamente entubado via orotraqueal, prevenindo e evitando o risco iminente de obstrução da via aérea por edema dos tecidos (Colégio Americano de Cirurgiões, 2012, p. 232). Contudo, após uma reflexão em equipa optou-se por não proceder à entubação, controlando a situação com uma aposta no tratamento farmacológico e na monitorização e vigilância apertada.

Dado que estavam sempre presentes anestesistas e enfermeiros na sala, caso se verificassem indícios de agravamento do risco de obstrução, atempadamente a situação seria assegurada. Esta resolução foi ponderada/refletida e, dada a experiência e competências da equipa, esta foi a melhor decisão para o doente na medida em que implicou o menor sofrimento e evitou complicações.

Numa segunda situação a pessoa vítima de queimadura foi trazido pela equipa do pré-hospitalar, apresentando cerca de 40% a 50% de área corporal com queimaduras de 2º grau, incluindo ambos os membros superiores, região posterior do tronco, pescoço e cabeça. Encontrava-se conetado à prótese ventilatória, com monitorização hemodinâmica, sedoanalgesiado com propofol e fentanil. Foram prestados os cuidados inerentes a esta situação e tive oportunidade de utilizar pela primeira vez a fórmula de Parkland para calcular a quantidade de fluidos a administrar, em função da área corporal queimada. Outro momento a reter foi a escarotomia anterior e posterior que tive oportunidade de observar e colaborar em ambos os membros superiores, devido ao edema e síndrome compartimental que se estava instalando. Aqui destaco o papel importante do enfermeiro na vigilância e deteção precoce desta síndrome, evitando agravamento das complicações.

Ambas as experiências de cuidar da pessoa vítima de queimadura, perante as quais colaborei na prestação de cuidados, implicaram que efetuasse uma pesquisa bibliográfica sobre a temática, promovendo a aquisição e sedimentação de conhecimentos nesta área de cuidados, nomeadamente no cálculo de superfície corporal queimada, no cálculo dos líquidos a administrar de acordo com a formula de Parkland, nos focos de atenção tendo em conta a zona atingida, os diagnósticos de enfermagem mais comuns, contribuindo desta forma para a aquisição de competências para cuidar de doentes queimados.

A capacidade de aplicar conhecimentos em situações novas e não familiares, muitas vezes, com um elevado grau de complexidade na sua envolvência, foi também desenvolvido e aperfeiçoado nas experiências em meio pré-hospitalar vivenciadas. Porém, este contexto da prática clínica revelou-se desafiante para a aquisição de competências no domínio da realização de julgamentos e tomadas de decisão. A postura de alerta constante para atuar em contextos desconhecidos e complexos, em meios por vezes inóspitos, confrontado muitas vezes por variáveis inesperadas, circunstâncias vivenciadas nos estágios no INEM e EMIR, revelando-se estes ambientes ótimos campo de treino destas competências.

O contexto pré-hospitalar, na ótica de Tavares (2012), caracteriza-se por “(...) especificidades próprias, como a pluridisciplinaridade da intervenção, a abrangência pluripatológica em todo o ciclo vital e a diversidade dos espaços de trabalho(...)” (p. 82), exigindo do enfermeiro competências técnicas, científicas, éticas, de relação de ajuda, de proatividade e adaptação aos contextos. Num estudo realizado por este autor com o objetivo de analisar no contexto, como é percebido o exercício pré-hospitalar dos e pelos enfermeiros, analisando as entrevistas efetuadas, verificaram que os entrevistados referem que o leque de competências para o exercício pré-hospitalar vai muito para além da habilidade da intervenção na pessoa em situação crítica ao longo do ciclo vital. O contexto operacional no pré-hospitalar compreende múltiplas situações, às quais os enfermeiros procuram responder com as suas aptidões.

Efetivamente o socorro pré-hospitalar é um campo muito rico em experiências. Cada ativação de um meio de socorro vai ao encontro de uma situação completamente distinta da outra. Os operacionais de socorro, médicos, enfermeiros, necessitam de uma preparação técnica, física e psicológica que lhes permita decidir e atuar perante situações complexas, num meio desconhecido, controlando os imprevistos, sem pôr em causa a qualidade dos cuidados.

Seja na EMIR, na VMER ou na SIV, após ativação por uma chamada de socorro, a adrenalina dispara logo no arranque da viatura. As informações de socorro recebidas são muito generalistas e, muitas vezes, não coincidem com o verdadeiro motivo da chamada. Várias vezes, durante o percurso, fazia um plano mental da intervenção a implementar que logo alterava, após a chegada ao local, sendo crucial a capacidade de resolução dos problemas, tomada de decisão e improviso, sem afetar a qualidade dos cuidados, objetivando sempre cuidados de qualidade às vítimas.

Nesta ótica, Oliveira (2012) afirma que as equipas de médicos e enfermeiros que atuam no pré-hospitalar devem possuir profundos conhecimentos e competências, habilitando-os a uma atuação de teor avançado que poderá fazer toda a diferença na vida daqueles que diariamente assistem, em cenários muitas vezes complexos e hostis.

Foi muito desafiante poder colaborar no socorro a vítimas em ambientes inóspitos, levando-nos a toda a hora a inovar no sentido de adequar os cuidados ao ambiente novo e complexo existente. Tive oportunidade de colaborar na imobilização, analgesia, estabilização e extração das vítimas encarceradas dentro da viatura; prestar cuidados na rua, observado e pressionado pela opinião pública onde a minha intervenção, interação e comunicação teve que ser muito cuidadosa e ponderada. Nesta ótica, Tavares (2012) diz-nos que

O espaço de intervenção deste campo de acção situa-se, numa latitude não controlada, que se estende para fora das paredes de qualquer instituição de saúde, onde estão presentes múltiplas condições adversas ao nível da: existência ou adaptação dos recursos nem sempre adequados; segurança; exposição profissional; condições climáticas, etc (p. 83).

Também apliquei o algoritmo de SAV a vítimas de PCR, em contextos fora da *zona de conforto*, tais como numa floresta, numa rua, num vão de escada e num lar de idosos perante o olhar de outros, sendo estas situações complexas desafiantes, que exigiram a prestação de cuidados altamente qualificados, específicos e avançados com vista a evitar a falência das funções vitais. Nalgumas situações a nossa intervenção permitiu reanimar as vítimas, outras vezes o desfecho foi efetivamente a falência vital.

Uma das experiências marcantes e que constituiu um desafio na perspetiva da adaptação da minha intervenção a situações complexas foi um pedido de socorro que recebemos para uma vítima obesa, a qual teve que ser submetida a ventilação invasiva, com sedação e analgesia em perfusão. Após a intervenção e estabilização da vítima pela equipa, tivemos que transportá-la, assim como todos os equipamentos conectados a esta, desde um 4º piso até à ambulância por escadas extremamente exíguas, transportando a vítima sobre um cobertor, por não haver espaço de manobra para a maca.

Foram esta e tantas outras situações tão distintas e ao mesmo tempo tão desafiantes e produtivas em termos de experiência, que implicaram a minha reflexão, julgamento e tomada de decisão rápida e eficaz. Este contexto da prática constitui um desafio para os enfermeiros devido ao elevado grau de complexidade, sendo necessário muita preparação para mobilizar as suas competências (Tavares, 2012).

O período de estágio no INEM permitiu-me vivenciar uma prática totalmente nova, sendo uma área pouco explorada durante o meu percurso profissional. O INEM, pela sua

abrangência, tem uma estrutura e orgânica muito complexa, pois coordena todo o socorro em território continental. Possui meios diferenciados para socorrer qualquer vítima, em qualquer ponto do país. Destaco as VMER, Ambulâncias SIV, as VIC, as motos, as ambulâncias SIV e os helicópteros. Quando é feito um pedido de socorro, este pedido é recebido no Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) e depois é feita uma triagem via telefone e são enviados os meios, segundo um protocolo, para o local da ocorrência. Também é o CODU quem define para onde transportar o doente após o socorro – Referenciação.

Munido de todas as informações a nível de necessidades de cuidados, recursos disponíveis e distâncias, é o CODU quem está melhor preparado para dar esta orientação. Foi gratificante para o meu processo de aprendizagem conhecer a realidade desta organização e o seu processo de tomada de decisão (através da aplicação de um processo de triagem) que está ao dispor da população portuguesa, no sentido de facultar o tratamento em tempo útil, no local mais adequado, às vítimas de doença súbita, agudização ou acidente. Segundo um grupo de trabalho designado pelo INEM (2017) com o objetivo de reestruturar o CODU, esta triagem efetuada pelo CODU deve ser capaz de priorizar a alocação de meios de acordo com o risco, evitando falsos positivos que questionem a rentabilização dos meios.

Esta experiência nos meios INEM promoveu o desenvolvimento das competências específicas do MEMC e contribuiu também para o desenvolvimento de competências comuns ao enfermeiro especialista, nomeadamente a adaptação da liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a otimização da qualidade dos cuidados. Serrano, Costa e Costa (2011), num artigo científico sobre o desenvolvimento de competências para o cuidar em enfermagem referem que

A resposta à variedade de relações que se estabelecem nos comportamentos observados, sustentados pelos vários paradigmas, e a existência de vários tipos de saberes mobilizados pela enfermagem (saber empírico ou ciência de enfermagem, saber do domínio do conhecimento científico; saber ético; saber pessoal; saber estético ou arte de enfermagem), mobilizam no enfermeiro competências cognitivas (raciocínio lógico, resolução de problemas); competências afetivas (a arte de cuidar); e competências estéticas e reflexivas (o conhecimento de si e a transferência para outras situações). (p. 16).

Tal como no SUHSJ, no pré-hospitalar tive oportunidade de efetuar a abordagem à vítima seguindo a mnemónica do - ABCDE. Esta desempenha um papel fundamental na cadeia de cuidados ao doente, tomando no pré-hospitalar uma importância relevante pois permitiu estabelecer o melhor plano de abordagem e definir as prioridades de intervenção, sendo que o sucesso desta mesma intervenção depende dos achados na avaliação física e da informação colhida. Em concordância com o exposto, Oliveira (2012, p.15), afirma que

O desenvolvimento de uma rotina de avaliação sistematizada para todas as vítimas assegura que as condições com risco de vida (“lifethreatening”) serão abordadas de forma prioritária em relação a outras que, sem constituírem critérios de gravidade clínica, podem estar presentes de forma mais dramática (as denominadas lesões distrativas).

Este tipo de abordagem foi aplicado no local do sinistro e repetido, frequentemente, durante os transportes que acompanhei, até ao hospital de referência. Saliento que acompanhei todos os doentes críticos encaminhados pela equipa de pré-hospitalar à qual eu estava afeto, durante o transporte até ao hospital de referência. Nesta ação, tal como preconizado pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI, 2008), respeitei todas as fases do transporte do doente crítico, nomeadamente, a decisão, o planeamento e a efetivação.

Após a fase da decisão da necessidade do transporte do doente do local do sinistro, para um serviço de saúde e depois de reunidas as informações acerca da situação, o médico responsável pela VMER transmitia esta informação ao CODU visando a referenciação do doente. Tendo já o conhecimento da unidade para onde o doente iria ser transportado, de forma proactiva, discuti com a equipa os riscos e cuidados expectáveis de serem efetuados durante o transporte, monitorizei adequadamente as vítimas, estabeleci e assegurei acessos venosos e verifiquei o material e equipamento que poderia ser necessário durante o transporte.

O transporte do doente crítico envolve riscos. Assim, a SPCI (2008) defende que é fundamental refletir sobre o risco / benefício que o transporte possa ter no tratamento e no resultado do internamento do doente. Se houver dúvidas quanto à sua eficácia, deve ser questionada a necessidade do transporte

A Ordem dos Médicos e a SPCI (2008) afirmam que o transporte de doentes críticos faz parte integrante do seu tratamento, tendo emitido normas que visam a promoção da segurança e da boa prática clínica no tratamento destes doentes. Afirmam ainda que este transporte “deve ser considerado como uma extensão de cuidados do hospital que envia o doente, cabendo ao serviço referente as responsabilidades técnica e legal, durante as duas primeiras fases (decisão e planeamento). Na etapa da efetivação, a responsabilidade caberá à equipa que assegura o transporte.” (p.16).

O transporte do doente crítico justifica-se por variadas razões. No meu contexto de trabalho (SUB) deve-se à necessidade de facultar um nível assistencial superior, ou para realização de exames complementares de diagnóstico e/ou terapêutica que o SUB onde exerço funções não oferece. Para garantir a segurança e um nível de monitorização e

cuidados eficientes durante o transporte, frequentemente é solicitado o apoio da equipa de emergência pré-hospitalar (EMIR), o qual é facultado sob a forma de presença física ou por meio de comunicação via rádio.

Efetivando-se o transporte, ao chegar ao destino referenciado, realizei a passagem de informação para o colega do SU que recebia o doente, de acordo com o preconizado pelo INEM, utilizando a mnemónica CHAMU – Circunstâncias, Historial, Alergias, Medicação e Última refeição. Esta informação é complementada com outra pertinente, tal como o tipo de abordagem efetuada, tratamento e terapêutica implementada, resultados das intervenções, o tempo decorrido desde a instalação da situação, entre outras. Estas ações referenciadas anteriormente foram importantes para sedimentar os conhecimentos já adquiridos sobre transporte de doente crítico, complementando com algumas particularidades específicas do ambiente pré-hospitalar.

Esta minha experiência no transporte do doente crítico no pré-hospitalar converge para o preconizado pela OE (2007) sobre as atribuições do enfermeiro no pré-hospitalar, na medida em que desenvolvi ações no sentido de garantir o acompanhamento e a vigilância durante o transporte do indivíduo vítima de acidente e/ou doença súbita, desde o local da ocorrência até à unidade hospitalar de referência, assegurando a prestação de cuidados de enfermagem necessários à manutenção/recuperação das suas funções vitais. Também assegurei a continuidade dos cuidados de enfermagem, transmitindo toda a informação pertinente, sustentada em registos adequados à equipa hospitalar, tal como consta nas atribuições do enfermeiro que atua no pré-hospitalar (OE, 2007).

A assistência nas situações de emergência pré-hospitalar requer que o enfermeiro possua competências semelhantes à assistência intra-hospitalar. Muitas vezes o que distingue são os recursos disponíveis e a forma como são prestados um mesmo cuidado. Em relação à priorização dos cuidados existem algumas diferenças no atendimento pré e intra-hospitalar.

No pré-hospitalar o nosso objetivo como equipa é estabilizar e transportar o doente o mais rapidamente possível para o local indicado, de acordo com a sua situação e gravidade da mesma. Na sala de emergência de um SUP a prioridade é efetivamente intervir e tratar de forma definitiva as lesões apresentadas, complementando o tratamento iniciado pelas equipas do pré-hospitalar, recorrendo a exames auxiliares de diagnóstico e ao suporte das várias especialidades médico-cirúrgicas necessárias.

No estudo efetuado por Tavares (2012), com o objetivo de analisar em contexto, como é percebido o exercício pré-hospitalar dos e pelos enfermeiros, os entrevistados,

referindo-se às diferenças entre a atuação no pré e intra-hospitalar, referiram que “(...) a experiência clínica faz a diferença na resolução de situações mais complexas. Uma vez que a aprendizagem prévia num ambiente controlado proporciona as ferramentas necessárias em alturas decisivas da intervenção num ambiente menos favorável.” (p. 88).

Nesta minha experiência em meio pré e intra-hospitalar, cuidei da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica ou falência orgânica, mobilizando os meus saberes e habilidades para responder em tempo útil às necessidades dos doentes. Desenvolvi competências no domínio da gestão dos cuidados, efetivando a gestão dos mesmos, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e a qualidade das tarefas delegadas. Também no domínio da gestão das aprendizagens profissionais, pude gerir respostas, revelando elevada adaptabilidade individual e organizacional, mesmo atuando sob pressão.

Em termos de materiais e equipamentos que tive oportunidade de conhecer e utilizar, no pré-hospitalar existem alguns distintos do meio hospitalar. Entre os diferentes meios do pré-hospitalar, de grosso modo, são idênticos, quer na EMIR, quer na VMER, quer na SIV. Todos possuem materiais para abordagem da via aérea, para apoio à ventilação e oxigenoterapia, materiais para fluidoterapia, ventilador portátil, materiais para imobilização cervical e de membros, monitor-desfibrilhador, seringa perfusora, mala medicalizada, rádios e telefones para efetivar as comunicações.

Na VMER do HSJ tínhamos disponível um equipamento denominado LUCAS. Trata-se de um aparelho recente, ainda pouco disseminado pelos ambientes da saúde, que é utilizado para aplicar compressões cardíacas externas de qualidade, de acordo com as normas recomendadas, podendo ser vantajoso quando é necessário fazer estas manobras durante o transporte de ambulância, com a viatura em andamento. Uma outra vantagem é a de que a sua utilização, apesar de não influenciar no retorno da circulação espontânea, apresenta benefícios neurológicos relevantes no momento da alta hospitalar (Almeida & Cunha, 2015). Os autores referem ainda que este dispositivo é preferível às compressões manuais para assegurar uma circulação adequada em possíveis dadores de órgãos de coração parado, permitindo um maior número de órgãos disponíveis para transplante.

Ainda relativamente ao estágio Opção, no período em que estive afeto à VMER do HSJ, verifiquei que havia um protocolo de atuação sobre hemorragia maciça. Após uma atenta leitura e reflexão sobre o mesmo, pude compreender toda a sua abrangência, desde os critérios de aplicação, à fisiopatologia, forma de administração de fármacos e fluidos e quais

os focos de atenção. Neste protocolo está incluído o uso do ácido tranexâmico que é um medicamento recente, disponível em ambientes hospitalares, nomeadamente SU e blocos operatórios, cuja ação permite não ativar a cascata de coagulação, preservar o coágulo, tornando o mecanismo hemostático mais eficiente, reduzindo a intensidade e os riscos de hemorragia (INEM). Segundo informação do enfermeiro tutor da VMER, aquela era a única viatura na região norte que possuía tal medicamento.

Num estudo realizado por Silva (2016), com o objetivo de analisar o efeito do ácido tranexâmico na população de trauma; identificar factores para a estratificação do risco; analisar a adequação da taxa de adesão e identificar as variáveis que influenciam a activação do protocolo, a autora concluiu que o tratamento precoce com este medicamento está associado com melhoria do índice da mortalidade na hemorragia traumática e à redução da necessidade de transfusão maciça e/ou de outros produtos de sangue.

Também, no estágio Opção do CPLEMC, tive o privilégio de fazer um turno de observação num meio SIV (ambulância de Suporte Imediato de Vida). Trata-se de uma ambulância com um técnico de emergência pré-hospitalar e um enfermeiro, ambos com formação específica, munidos com equipamento de SBV, mala medicalizada e um monitor de sinais vitais com DAE. Existem inúmeros protocolos de atuação em que o enfermeiro, face à informação recolhida, conhecimento e raciocínio efetuado, terá que decidir, perante as situações concretas, que intervenções efetuar. Se necessário, a SIV pode solicitar auxílio médico, o que acontece em casos mais graves ou nas PCR, solicitando-o ao CODU, que por sua vez envia a VMER disponível mais próxima do local ou dá orientação médica via telefone.

A intervenção do enfermeiro na SIV assenta no seu conhecimento, experiência e em protocolos de atuação que dão autonomia de decisão e intervenção da equipa, liderada pelo enfermeiro. Estes protocolos são da autoria do próprio INEM, baseados nas guidelines internacionais das organizações e instituições legítimas da área da saúde, tais como o ERC e a AHA, o Colégio Americano de Cirurgiões, entre outros.

Esta passagem pela SIV revelou-se muito profícua a nível de oportunidades de aprendizagem. Tive a possibilidade de cuidar de pessoas que necessitaram do DAE e da aplicação de medidas de suporte imediato de vida com recurso à máscara laríngea. Foi esta a única situação em que utilizei este adjuvante da via aérea numa paragem cardíaca, sendo que a sua utilização beneficiou a qualidade da reanimação na medida em que permitiu fazer

ventilações eficazes em simultâneo com as compressões torácicas, obtendo um resultado semelhante ao que se obtém quando o doente tem uma via aérea avançada.

Durante a minha passagem pela EMIR tive também oportunidade de operar com o DAE em duas situações, contribuindo para a aquisição de autonomia e confiança na sua utilização. Estas situações foram importantes para o desenvolvimento de competências, pois considero que coloquei em prática uma dinâmica que activou três dimensões: a dimensão dos recursos disponíveis, a dimensão da ação e dos resultados por ela produzidos e, por último, a dimensão da reflexividade, promovendo assim a construção de competência nesta área (La Boterf, 2006).

No SEMER, o estágio em meio EMIR mostrou-me uma realidade diferente da vivida no INEM. A organização, gestão de recursos e a forma de ativar a equipa de emergência ao nível regional é distinta. A equipa EMIR está sediada ao lado do Centro Regional de Operações de Socorro (CROS), órgão regional correspondente ao CODU do continente. Esta proximidade permite à equipa uma comunicação mais eficaz, apoiando na triagem e orientação do socorro, resultando numa melhor gestão dos meios.

Neste período de estágio tive oportunidade de fazer um *rendez-vous* de dois doentes provenientes da Ilha do Porto Santo, no aeroporto. Aí conheci o avião da força aérea, meio que habitualmente faz estas evacuações. Foi interessante poder entrar no avião, observar as suas características e aperceber-me das condições em que são transportados os doentes, deduzindo algumas das dificuldades sentidas pelo enfermeiro, quando faz o acompanhamento das vítimas por este meio. De acordo com a SPCI (2008), o helitransporte é um meio eficaz para transporte de vítimas em estado crítico, de acordo com alguns critérios a avaliar. Acarreta um planeamento detalhado e requer uma equipa com formação específica.

O manual da SPCI (2008), sobre o Transporte de Doentes Críticos contém alguns exemplos do tipo de risco aos quais o doente é submetido. No doente sujeito a helitransporte, devido à diminuição da pressão atmosférica provocada pela altitude pode observar-se

(...) diminuição na pressão parcial alveolar de oxigénio e saturação arterial de oxigénio (...); expansão de espaços gasosos (...) com necessidade de drenar (...) antes do transporte (no caso de pneumotórax), ou voar a baixa altitude (no caso de trauma crânio--encefálico). (...) insuflar “cuff s” com soro em vez de ar; (...) Necessidade de deixar catéteres/drenos em drenagem aberta; Aumento de hemorragia, com necessidade do controlo da mesma, previsão de equipamento para infusão rápida de fluidos e a possibilidade de perfusão de aminas; (...) Aumento de edema (...) (p. 21).

Trata-se de um transporte específico e complexo para o qual as equipas devem ter formação prévia e experiência em doente crítico, por forma a prever e planear o transporte

garantindo a segurança do doente. A decisão por este tipo de transporte deve ter como premissa que

(...) não é aceitável qualquer deterioração do estado de saúde de um doente crítico, que não esteja directamente relacionada com a sua doença de base e que se possa imputar ao seu transporte. A segurança do doente e dos profissionais que o acompanham deve ser o principal objectivo, em todas as fases do transporte (p. 23).

As competências de transporte intra-hospitalar do doente crítico também foram bastante trabalhadas durante o estágio de Opção no âmbito do CPLEEMC, concretamente no HSJ, onde esgotei as oportunidades que surgiram. Sempre que possível, fiz questão de acompanhar os utentes à radiologia, à hemodinâmica, ao bloco e aos serviços de internamento de destino.

Durante o transporte intra-hospitalar do doente crítico, foram algumas as vezes em que o estado hemodinâmico do doente se agravou, necessitando de intervenção *in loco*. Para dar resposta a estas situações sempre que planeávamos um transporte, fazíamos uma revisão conjunta de todo o material e equipamento que poderia ser necessário utilizar, de modo a que o doente durante o transporte mantivesse o mesmo nível de cuidados e segurança. Este é um princípio fundamental a respeitar. “a qualidade dos cuidados não pode sofrer qualquer alteração durante o transporte” (Lazear, 2001, pag. 142). Aqui, a avaliação global do doente e o planeamento tornam-se fulcrais para o sucesso da transferência e do tratamento (SPCI, 2008).

Na vertente intra-hospitalar, o estágio na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, no âmbito do CPLEEMC, veio acrescentar conhecimentos e novas competências que se revelaram fundamentais para uma prática mais segura e sustentada. O facto de cuidar de vários doentes a vivenciar situações complexas distintas contribuiu para a aquisição destes conhecimentos e competências, dando resposta aos objetivos definidos inicialmente. Foi um estágio que exigiu muito estudo, muita dedicação e muito empenho.

O objetivo geral deste estágio foi *prestar cuidados de enfermagem altamente qualificados à pessoa vítima de trauma com uma ou mais funções vitais em risco imediato, dando resposta às necessidades afetadas, permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações, limitando incapacidades e promovendo a sua recuperação*. Para atingir o objetivo geral, defini objetivos específicos e desenvolvi atividades no sentido da sua concretização, os quais passo a descrever seguidamente.

Prestar cuidados à pessoa em situação crítica, antecipando focos de instabilidade e risco de falência orgânica foi um dos meus objetivos para o estágio na UCI. Este objetivo

alinha-se com o Regulamento nº124/2011 da OE, o qual diz-nos que o enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica presta cuidados à pessoa em situação emergente, antecipando instabilidade e risco de falência orgânica, detetando precocemente focos de instabilidade e atuando prontamente através da prestação de cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa (p. 8656).

Para a concretização do objetivo referido anteriormente defini como estratégias: conhecer a orgânica e funcionamento da unidade de cuidados intensivos; identificar os principais focos de instabilidade e executar cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa em situação crítica. Em relação à primeira estratégia, a sua definição e concretização pareceu-me clara, pois entendo ser inquestionável o conhecimento de um serviço desde a sua estrutura física, à metodologia de trabalho de enfermagem e organização dos cuidados, aos vários materiais e equipamentos específicos existentes (ventiladores, monitores de PIC, PPC, Linha arterial, PVC, etc...) para poder prestar cuidados de forma autónoma, segura e em tempo útil.

A identificação dos focos de instabilidade no doente crítico revelou-se crucial no meu processo de aprendizagem. Baseado em suporte teórico, esta identificação permitiu-me responder pronta e antecipadamente, prestando cuidados diferenciados e especializados, evitando ou prevenindo o risco de falência orgânica. Tendo em conta que os doentes em UCI têm limitações comunicacionais devido à sedação e analgesia, associadas muitas vezes à ventilação invasiva, e a alterações do estado de consciência (Urden, Stacy & Lough, 2018), a deteção dos focos de instabilidade baseou-se muito nos dados colhidos através da observação, avaliação e monitorização. Na linha de ideias dos autores anteriores Azeredo & Oliveira (2013) afirmam que

(...) o processo de avaliação do doente crítico faz-se, por meio da utilização do monitor cardíaco, das linhas de monitorização hemodinâmica e das análises laboratoriais, o que difere na sua avaliação de outros doentes. Porém, os dados da monitorização não significam nada se não forem somados aos achados físicos e analisados de forma crítica pelo enfermeiro (p.44).

Os focos de atenção do enfermeiro estão na origem dos diagnósticos de enfermagem que irão orientar a prestação de cuidados. Em cuidados intensivos, de acordo com um estudo realizado por Ferreira et al (2016), com o objetivo de identificar os diagnósticos de enfermagem em doentes internados em UCI, através do mapeamento cruzado entre os termos contidos nas anotações de enfermagem e a Taxonomia da NANDA-

I, os focos mais comuns identificados foram: dor aguda, risco de infeção, troca de gases prejudicada, débito cardíaco diminuído, confusão aguda, volume de líquidos deficiente e ansiedade.

Considerando esta evidência, durante o estágio na UCI, relativamente ao sistema respiratório a minha atenção focou-se essencialmente na permeabilidade da via aérea, alteração aguda da equação ventilação/perfusão e na gestão de drogas que interferem na ventilação/perfusão. Os focos de atenção relativos ao sistema cardiovascular consistiram na deteção de alteração de ritmos, o seu relacionamento com terapêutica em curso e com patologia subjacente, focos de instabilidade hemodinâmica, avaliação e evolução da TA e PAM. No que concerne ao sistema neurológico, os focos foram a alteração do estado de consciência, a avaliação e monitorização da ECG, PIC, PPC, dor e avaliação/gestão da sedação/analgesia. Quanto ao sistema urinário, as alterações de débito, os sinais de compromisso da função renal e o desequilíbrio hidroeletrólítico foram os principais focos de atenção. No que concerne ao sistema músculo-esquelético, a minha atenção focou-se na integridade da pele e nos posicionamentos que interferiam com o bem-estar do doente.

Partindo da premissa que os focos de atenção permitem colher dados a partir dos quais serão formulados diagnósticos de enfermagem e assumindo estes passos como fundamentais no cuidar em cuidados intensivos, Ferreira et al (2016) referem que a colheita de dados

(...) constitui a primeira fase do processo de enfermagem e é parte integrante do processo diagnóstico. O diagnóstico de enfermagem, segunda fase do Processo de Enfermagem, consiste na tomada de decisão clínica sobre a presença de uma resposta humana que requer intervenção de enfermagem; o diagnóstico atribuído é fundamental para definir o plano de cuidados e resultados esperados (p. 308).

Procurando dar resposta aos diagnósticos identificados, a execução de cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa em situação crítica foi efetuada de inúmeras formas, das quais destaco: colheita de produtos para análise de gases no sangue ou exames microbiológicos (através da linha arterial, CVC, veia periférica, outros cateteres/sistemas invasivos); a aspiração de secreções com técnica asséptica através de TOT/TQT ou aspiração subglótica (sistema aberto e fechado); a preparação de rampa de sistemas com soluções de perfusão; manuseio e compreensão dos equipamentos de monitorização; confrontando o tratamento instituído com os dados de monitorização e com o estado hemodinâmico do doente; gerindo protocolos terapêuticos e prestando cuidados de enfermagem complexos à pessoa em situação crítica, de acordo com os problemas apresentados.

Desta forma, a minha intervenção foi ao encontro do que preconiza o Regulamento nº 124/2011, quando diz que o enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica executa cuidados técnicos de alta complexidade, demonstrando conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida, implementando as respostas de enfermagem adequadas às complicações.

Um segundo objetivo específico do estágio em UCI foi gerir a administração de protocolos terapêuticos complexos. Também este objetivo visou responder a uma das competências plasmadas no Regulamento nº 124/2011. A concretização deste passou por conhecer os principais protocolos de enfermagem que vigoravam na unidade (sedoanalgesia, potássio; controlo de glicémia; antibioterapia e outros); gerir os protocolos instituídos no tratamento ao doente sob o meu cuidado; identificar precocemente os riscos ou complicações associadas ao uso dos protocolos, implementando ações de enfermagem dirigidas à correta aplicação desses protocolos e gestão das intercorrências associadas.

Gerir a dor e as perturbações emocionais da pessoa e família em situação crítica é uma área fundamental num cuidar holístico da pessoa em situação crítica internada num serviço de cuidados intensivos (Urden et al, 2008). A avaliação da dor é considerada pelas autoras, como “parte importante da qualidade dos cuidados prestados aos doentes em estado crítico e uma parte essencial da prática de enfermagem” (p.125).

Assumindo este propósito como objetivo específico, na minha prática clínica na UCI procurei identificar os sinais fisiológicos e comportamentais de dor; aplicar intervenções/medidas não farmacológicas e farmacológicas de controlo da dor, avaliando o resultado da sua aplicação; gerir os protocolos de controlo da dor, demonstrando iniciativa para intervenções autónomas e interdependentes; aplicar escalas de dor disponíveis; e ainda, desenvolver com utente e família relação de ajuda/relação terapêutica e técnicas de comunicação (comunicação de más notícias, adaptação da linguagem/comunicação ao receptor, capacidade de escuta, evitar barreiras à comunicação).

Atendendo à repercussão que a presença de dor poderá ter sobre o estado hemodinâmico do doente, este objetivo afigurou-se muito pertinente e fundamental para os cuidados por mim prestados na UCI. A dor tem a capacidade de ativar uma resposta biológica que pode ser nefasta para o doente crítico.

Neste sentido, Urden et al (2008) enumeram vários tipos de resposta biológica à dor, sendo que apenas dois deles devem ser considerados perante a dor aguda. O primeiro tipo é denominado *resposta direta a curto prazo*, que consiste num mecanismo de resposta

envolvendo os sistemas nervoso, endócrino e imunitário que, por ativação simpática podem provocar alterações fisiológicas, tais como aumento da pressão arterial e da frequência cardíaca. O outro tipo de resposta fisiológica a que os autores chamam de *resposta indireta de médio prazo*, consiste na estimulação hipofisiária com consequente libertação de vasopressina. Daqui resultará libertação de aldosterona e cortisol, com consequente “(...) retenção de sódio e água, o que aumenta o volume intravascular e diminui a diurese, aumenta a tensão arterial e a pré-carga cardíaca. Além disso, o cortisol pode contribuir para respostas multissistémicas, como infeção e hiperglicémia” (p.129).

Focando a dor como objeto de intervenção importante no doente crítico, a sedoanalgesia ocupa um patamar relevante, pois diminui a reação do organismo ao stress provocado pelas lesões, evitando a manifestação de alterações importantes a nível neuroquímico e fisiológico. Só a sedação e analgesia conseguem proporcionar ao doente um conforto e bem-estar desejável, anulando os efeitos nefastos do stress provocado pela lesão. Segundo Bensenor & Cicarelli (2003) cerca de 42% dos pacientes internados em UCI referem a dor, o medo e a ansiedade como as piores recordações. Acrescentam ainda que a dor é muitas vezes secundarizada, implicando custos para o doente e para o sistema de saúde. Na perspetiva do doente, os autores referem que o controlo da dor permite uma redução da ansiedade; redução do consumo de oxigénio; prevenção de lembranças de memórias desagradáveis; melhoria do sincronismo com o ventilador; diminuição da restrição de pacientes reativos, entre outros.

Tive a possibilidade de observar os efeitos da sedoanalgesia num doente vítima de queimaduras de 3º grau na face e região anterior do pescoço e que necessitou de ter uma via aérea definitiva patente. Várias vezes necessitou de bólus em S.O.S de analgesia, apesar da perfusão que já tinha em curso. Era bem visível a nível hemodinâmico o efeito deste bólus: diminuição da tensão arterial, acompanhada pela frequência cardíaca e respiratória. Também a “luta” contra o ventilador esbatia-se, permanecendo mais adaptado.

Sendo a minha área de opção no CPLEEMC o cuidar da pessoa vítima de trauma, um outro objetivo específico definido para a UCI foi a prestação de cuidados de enfermagem a pelo menos um doente crítico vítima de trauma, aplicando a metodologia do processo de enfermagem fundamentado, tendo posteriormente apresentado e discutido o mesmo na sala de aula com o professor responsável da unidade curricular e com os colegas de curso.

O processo de enfermagem fundamentado foi baseado numa situação que envolveu um doente com disfunção multiorgânica, revelando-se esta experiência riquíssima em termos

de aquisição e sedimentação de conhecimentos e competências. O principal objetivo do trabalho foi aprofundar o papel do enfermeiro em cuidados intensivos face a doentes com TCE. A sua realização permitiu-me efetuar revisão bibliográfica sobre a patologia subjacente, adquirindo e aprofundando conhecimentos nesta patologia específica; permitiu conhecer os diagnósticos de enfermagem mais comuns em contexto de cuidados intensivos e quais os que se aplicavam ao meu doente, de acordo com a CIPE; definir e implementar o plano de cuidados e interpretar os dados de monitorização, correlacionando com o estado clínico do utente, sendo todas estas intervenções fundamentadas à luz da evidência científica.

A mais valia da elaboração de um processo de enfermagem fundamentado é inquestionável. Através deste conseguimos dar resposta atempada e de forma consistente às necessidades do doente, procurando manter ou melhorar o seu nível de saúde (Potter & Perry, 2006). Esta metodologia de trabalho, de acordo com os autores atrás mencionados, permite identificar, diagnosticar e tratar reações humanas à doença, de forma individualizada. Ao fazê-lo, fundamentando com a teoria, permite ao enfermeiro “integrar elementos de pensamento crítico, para fazer juízos de valor e implementar ações racionais” (p.86).

O último objetivo específico que defini para a UCI foi intervir na prevenção e controlo da infeção face à complexidade da situação e à necessidade de intervenção adequada em tempo útil. As estratégias contempladas visando a concretização deste foram conhecer o plano institucional para prevenção e controlo da infeção e cumprir com os procedimentos e circuitos requeridos face às vias de transmissão na pessoa em situação crítica/falência orgânica.

Consegui materializar o objetivo atrás exposto gerindo o ambiente através da utilização dos equipamentos de proteção individual (EPI); dos banhos com clorohexidina seguindo protocolo do serviço; desinfeção das conexões aquando da administração de terapêutica ou realização de gasimetria arterial; lavagem das mãos; cumprimento do aprovisionamento e circulação de materiais de acordo com circuitos protocolados; vigilância do doente no sentido de identificar potenciais focos ou sinais de infeção, entre outros.

As medidas instituídas, durante o estágio, vão ao encontro do que preconiza Van Saene, Silvestri, La Cal & Gullo (2012), cada uma delas com o seu nível de recomendação, integradas nas cinco áreas que os autores enumeram para a prevenção e controlo da infeção, nomeadamente a higienização das mãos, o uso de equipamento de proteção individual, o isolamento, o uso de equipamentos e o ambiente envolvente.

Os cuidados no sentido de controlar e prevenir infeção em UCI é uma preocupação sempre presente. Nestes serviços, de acordo com Van Saene, et al (2012), os doentes com alteração do estado de consciência frequentemente são infetados por microorganismos provenientes do ambiente, animado ou inanimado, sendo na maior parte das vezes provenientes de doentes com longo internamento. Daqui, segundo os autores supracitados, resultam frequentemente infeções, nomeadamente das vias respiratórias e urinárias. Para obter resultados sustentados na redução destas infeções, Van Saene et al (2012) referem ser necessário o suporte, o empenho e o envolvimento de todos os trabalhadores de saúde, tanto clínicos como não clínicos.

De uma forma global, as atividades desenvolvidas para a consecução deste objetivo foram contributos para uma maximização da minha intervenção no sentido do desenvolvimento de competências visando a prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica que, face à sua situação, necessita de respostas adequadas em tempo útil.

Os referidos campos de estágio foram fonte de conhecimento promotor do desenvolvimento da compreensão das situações de doença e, em simultâneo, campos de ação onde pude aplicar o conhecimento aprendido, fortificando as competências, tais como cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica e a maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas adequadas em tempo útil.

Algumas formações avançadas realizadas ao longo do meu percurso profissional também contribuíram para a aquisição de competências nestes domínios pois, no meu ponto de vista, todas elas estão alinhadas com o ambiente e área de intervenção da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, promovendo o conhecimento, a compreensão e a sua aplicação na prática.

Assim, destaco o curso pós-graduado *Medical Response to Major Incidents* (MRMI-2012) e o *Curso Abordagem e Gestão de Situações de Exceção* (AGSE, 2008), nos quais tive oportunidade de conhecer e treinar um modelo de julgamento e decisão perante as vítimas de catástrofe ou multivítimas, que se distancia do modelo habitual, adquirindo competências em triagem, tomada de decisão, actuação e gestão de meios e recursos em incidentes major.

Também a frequência do curso *Advanced Trauma Course for Nurses* (ATCN - 2011) e o *Curso/formação de Emergência Pré-Hospitalar, nas vertentes de Reanimação e Trauma* (2005) permitiram aprender novos conhecimentos na área do trauma e emergência, levando a um raciocínio de avaliação sistematizada da vítima, considerando não só as lesões evidentes, mas sobretudo os mecanismos de trauma, a cinemática, as lesões expectáveis e o despiste precoce das lesões que põem em risco a vida das pessoas.

Os cursos supracitados tiveram e continuam a ter influência direta na minha prestação de cuidados diferenciados e especializados, orientados para a excelência do cuidar, pois trouxeram competências no domínio do trauma e das situações com multivítimas, resultando numa otimização da prestação de cuidados e da gestão dos recursos disponíveis com vista ao salvamento do maior número de vítimas possível. Todas estas formações enquadram-se no domínio da dinamização da resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima, desde a sua conceção à ação.

Outras formações e os cursos anteriores (MRMI, ATCN, AGSE) também promoveram a aquisição de conhecimentos importantes no sentido de aprimorar a capacidade de resolução de problemas complexos, integrando e aplicando conhecimentos, e refletindo sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais. Nesta perspetiva, num estudo desenvolvido por Dominguez & Chaves (2005) com o objetivo de conhecer o valor que sustenta o agir do enfermeiro, através de entrevistas aplicadas a enfermeiros, concluíram que o conhecimento que detêm assegura que a forma como agem é a correta e mais adequada. Acrescentam ainda que o conhecimento reveste “(...) as habilidades e confere-lhes domínio para agirem de forma cientificamente consensual. (...) buscam no saber um meio para atingir alguns fins: a capacidade de tomar decisões, habilidades, iniciativa, responsabilidade e segurança, e também assegurar o poder” (p. 583).

Também Bártolo (2007), referindo-se às mais valias da formação exterior ao serviço, refere que esta é importante na medida em que permite refletir fora do contexto, preconizando a aquisição de conhecimento científico aplicável no contexto de trabalho, trazendo assim retorno.

O Curso de *Suporte Avançado de Vida Cardíaco* (ACLS) realizado em 2015, o *Curso de Operador de DAE* realizado em 2014 e o *Curso/formação de Suporte Avançado de Vida* frequentado em 2004, permitiram-me a aquisição de conhecimentos sobre o suporte básico e avançado de vida, aplicação do DAE, abordagem da via aérea e ventilação, monitorização cardíaca e utilização de fármacos em reanimação, contribuindo desta forma

para a aquisição de competências sobre suporte avançado de vida na vertente do doente cardíaco.

Ainda nesta vertente de aquisição de novos conhecimentos e de novas práticas clínicas, os cursos que realizei, nomeadamente, a *Pós graduação em Urgência e Emergência Hospitalar* (2012), o curso de *Via Verde para a Sépsis*, o *Curso Ventilação Não Invasiva* (2009) e o *Curso de Triage de Prioridades na Urgência* (2005) abordaram temáticas muito específicas do doente crítico, subsidiando-me, com os seus vastos conteúdos, para a aquisição de competências na abordagem ao doente crítico, priorizando o seu atendimento de forma sistematizada e competente. Os módulos de formação teórica e prática abordados nestes cursos proporcionaram conhecimentos que sedimentaram competências para a abordagem ao doente acometido por uma emergência neurocirúrgica ou neurológica, emergência cardiológica, respiratória e traumatológica.

Ainda no contexto das formações anteriores, as emergências médico-cirúrgicas também foram outras das áreas nas quais aprofundei conhecimento, nomeadamente no que se refere à abordagem ao doente com sépsis, com pneumotórax, com pericardite, com intoxicação, com necessidade de ventilação assistida, com pancreatite aguda, com rotura de víscera oca, com hemorragia interna, entre outras áreas. Os contributos destas temáticas permitiram o aprofundamento de uma abordagem sistematizada, rigorosa, segura e mais profissional, baseada em conhecimento científico, permitindo a identificação/deteção de situações de risco de vida iminente e um agir de forma segura e competente na resolução dessas situações e na antecipação de cuidados, prevenindo potenciais complicações.

As experiências vivenciadas nos estágios contemplados no CPLEEMC e CMEMC, aliadas às formações teóricas e teórico-práticas descritas, permitiram-me adquirir e desenvolver conhecimentos vastos em complexas áreas das quais destaco: cuidados ao doente crítico, cuidados ao doente politraumatizado, triagem multivítimas, cuidados ao doente do foro cirúrgico, cuidados ao doente do foro cardíaco, cuidados ao doente do foro ortopédico e cuidados ao doente em cuidados intensivos. São na sua maioria áreas críticas de intervenção que requerem cuidados específicos e especializados atempados para melhorar o *outcome* do doente e os ganhos em saúde. Neste processo de cuidar tive sempre o especial cuidado de também atender à família dos utentes.

Sedimentando a ideia de que as vivências e a experiência contribuem para a aquisição de competências, Abreu (2001), referindo-se à importância da prática para a construção de saberes, afirma que o cuidar na enfermagem assenta num saber situado na

prática (p.137). Acrescenta ainda que, por vezes, “(...) a prática é referida como um espaço ímpar, onde trabalho e formação se constituem como vertentes indissociáveis da ação individual e coletiva” (p.138).

Também, Rodrigues et al (2007) são da mesma opinião, afirmando que “as competências profissionais são, em larga medida, construídas no próprio contexto” (p.182). Reforça dizendo que é incorreto entender o trabalho de um profissional apenas como uma simples aplicação da sua aprendizagem prévia, pois este resulta de uma sinergia profunda entre as aprendizagens escolares e a experiência no contexto de trabalho, sendo estes contextos indissociáveis no processo de construção do conhecimento.

À intervenção de enfermagem está subjacente um processo de avaliação, reflexão e decisão. Na vertente da reflexão e emissão de juízos assentes na responsabilidade ética e social, como enfermeiro de urgência, é com frequência que me deparo com situações que me põem à prova, procurando sempre decidir tendo como base o princípio da beneficência e não maleficência. Baseando-se neste princípio, de acordo com Deodato (2014), o enfermeiro decide de acordo com o seu sentido de cuidado, assumindo que está a fazer o melhor para o doente.

Congruente com esta ideia, Nora, Deodato, Vieira & Zoboli (2016), num estudo realizado com o objetivo de identificar os elementos e as estratégias que facilitam a tomada de decisão ética dos enfermeiros, referindo-se aos fatores individuais que ajudam na tomada de decisão, identificaram as experiências individuais, o conhecimento e a comunicação como elementos influenciadores. Acrescentam ainda que na prática de enfermagem, a capacidade de tomar decisões está inter-relacionada com a competência ética e a autonomia do enfermeiro, procurando o enfermeiro construir sua resposta fundamentando-se no conhecimento científico, não se desviando do seu foco de atenção que reside na satisfação das necessidades do utente.

Mais importante do que fazer é decidir o que fazer. Assim, durante o estágio de Opção do CPLEEMC, realizado no HSJ, foram vários os momentos que exigiram a tomada de decisão em equipa. Presenciei situações em que a resolução das mesmas foi consensual, como, por exemplo, algumas envolvendo doentes trazidos em PCR, pela equipa da VMER, sem manobras de reanimação e que esta equipa que veio a acompanhar fundamentou a sua decisão de não reanimar. Nestas circunstâncias a equipa do hospital aceita a decisão tomada.

De acordo com Mayor (2012), a Decisão de Não Reanimar (DNR) no meio pré-hospitalar iniciou-se nos Estados Unidos com a pretensão de permitir aos paramédicos

respeitar decisões e pedidos prévios dos doentes, contudo tem sido difícil a sua implementação e divulgação. A DNR permite uma morte natural, no caso de apenas ocorrer uma paragem cardíaca. Acrescenta dizendo que esta decisão, por vezes, é vista como um limite à prática de intervenções agressivas, independentemente do estado de saúde do doente alvo. Porém, é perentório em afirmar que consiste numa decisão “(...) legal e eticamente aceitável, não devendo confundir-se com eutanásia ou suicídio assistido” (Mayor, 2012, p. 20).

Também vivenciei situações que exigiram da equipa de saúde maior reflexão ética no sentido de decidir reanimar ou DNR. Foram circunstâncias em que a vítima chega em PCR ou peri-paragem, sem acompanhamento de médico ou enfermeiro, perante a qual não está disponível informação sobre o historial clínico, e a equipa de reanimação tem de decidir rapidamente o que fazer. Perante este tipo de situação, Mayor (2012), citando Imhof et al (2011), diz-nos que a decisão RCP/ DNR resulta de um processo com três etapas. A primeira é a fase de decisão implícita, que assenta em normas institucionais, geralmente a favor da RCP, utilizadas em salas de emergência e durante as primeiras 24-48 horas após admissão em UCI. A segunda fase é a da decisão explícita, que consiste na procura de um consenso sobre a RCP/ DNR, que se emerge perante condições clínicas em deterioração progressiva, questionando a decisão implícita. A terceira fase corresponde à reconsideração das decisões.

Durante o estágio no SU do HSJ, experienciei três situações em que a decisão da equipa foi de não reanimar. Uma das situações corresponde a um doente com cerca de 80 anos que foi transportado pelos bombeiros e que chegou ao serviço de urgência em PCR há algum tempo e que, apesar de sujeito a manobras de SBV até ao SU pela equipa do pré-hospitalar, apresentava livores, pele fria e o ritmo cardíaco identificado foi a assistolia. Perante esta situação, a equipa foi perentória em decidir não prolongar as manobras. Esta situação vai ao encontro do que nos diz Mayor (2012) quando refere que a DNR pode ser implementada quando há deterioração clínica progressiva, refractária às medidas terapêuticas instituídas. Neste sentido, sustentado pelo princípio da beneficência, Deodato (2014) refere que perante determinadas circunstâncias, nas quais o doente esteja impossibilitado de manifestar a sua autonomia individual para o processo de tomada de decisão, devido à sua condição de doença, o enfermeiro decide pela pessoa. Acrescenta ainda que as situações de risco de vida para a pessoa apresentam-se como um contexto onde este princípio é integrado na decisão.

Numa outra situação, tratava-se de um utente encontrado em casa caído no chão, provavelmente há dias, com muito mau estado geral, higiene deficiente, emagrecido, em estado comatoso. Tinha analiticamente uma hiperkaliémia grave, com tradução eletrocardiográfica, refratária ao tratamento farmacológico instituído. Perante estes achados, a equipa reuniu e colocou a questão da decisão de não reanimar. Após reflexão e discussão em grupo, foi decidido pela não reanimação em caso de PCR, o que efetivamente sucedeu pouco tempo depois, ainda no meu turno. Num guia de boas práticas elaborado pela British Medical Association, pelo Resuscitation Council e pelo Royal College of Nursing (2012), intitulado *Tratamento e cuidados em fim de vida: boas práticas na tomada de decisão*, constata-se que estas instituições são consensuais perante uma avaliação clínica que conclui que a RCP não será bem-sucedida na restauração da função cardiopulmonar e a circulação, defendendo que a RCP deve ser recusada.

Uma situação semelhante que presenciei foi a de uma utente relativamente nova, triada pela Via Verde do AVC, em coma e que após realizar TAC verificou-se uma hemorragia intraparenquimatosa de grandes dimensões, já com herniação bem evidente, com um glasgow indicativo de coma profundo, sem indicação neurocirúrgica já assumida pela especialidade. Perante esta situação a equipa voltou a reunir e decidiu que não era para iniciar manobras, em caso de PCR. Foi o que efetivamente aconteceu, também durante o meu turno. Fundamentando esta decisão, cito uma frase de Alves (n.d.) que nos diz:

Com a técnica a tomar cada vez mais espaço nos cuidados de saúde, dado o avanço da ciência e da tecnologia, é essencial que o lugar central do Homem permaneça, pelo que se salienta, por último, a necessidade de focar os cuidados prestados no doente e não na doença, salvaguardando os princípios da beneficência e da não maleficência (p. 28).

Em todas as situações anteriormente descritas tive a oportunidade de participar nas decisões, sendo que foram momentos marcantes que me levaram à pesquisa e reflexão aprofundada sobre o tema.

Importa mencionar que em todas as situações vivenciadas foi tido em atenção a família dos doentes. Saliento uma passagem envolvendo um doente moribundo em que, após a equipa decidir não reanimar, a família solicitou a presença de um capelão para dar a extrema unção. A equipa presente tomou todas as providências para que tal fosse possível. O doente viria a falecer no final desse turno, após satisfeita a vontade do familiar. O utente recebeu a visita do capelão, esteve junto dos seus familiares, recebeu medidas de conforto, sempre com a privacidade que foi possível estabelecer. Foram tomadas as medidas para promover uma morte com dignidade.

Tal como preconiza Sapeta & Lopes (2007), o doente terminal experiencia uma situação particular de saúde. Por tal, os resultados terapêuticos pretendidos nesta fase devem ir ao encontro da busca de conforto e de bem-estar, alívio do sofrimento físico, psicológico e espiritual. Confrontado com esta realidade, a ação terapêutica deverá estar centrada nas necessidades individuais manifestadas pelo doente e pelos seus familiares. A intenção terapêutica não passa pela cura ou pela recuperação, mas sim por promover a dignidade, aceitar os limites e a morte com a maior tranquilidade e serenidade possíveis, permitindo despedir-se em paz consigo e com os outros. Não está em questão a doença de base, mas sim, o fim da vida.

Sendo o percurso profissional uma caminhada na construção de competências, Benner (2005) procura demonstrar que a prática é um modo de se obter conhecimento, identificando cinco níveis de competência na prática clínica de enfermagem, desde iniciado a perito. Nesta ótica, e de acordo com as considerações do autor supracitado, considero que já alcancei as competências do nível do perito, pois possuo uma experiência profissional que me permite compreender de forma intuitiva cada situação complexa, apreendendo diretamente o problema e objetivando uma intervenção eficaz.

No âmbito da realização deste mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica, submeti um pedido de creditação ao Conselho Técnico Científico, referente às UC Estágio I (Urgência) e Estágio II (Cuidados Intensivos) tendo por base a fundamentação do meu percurso profissional e formativo ao longo da vida e a realização do CPLEEMC. Pelo exposto, foi-me dada creditação com a argumentação de que o meu percurso teórico e prático, ambos direcionadas para a área do doente crítico, permitiu-me adquirir/desenvolver as competências plasmadas no plano de estudos para estas duas UC, especificamente as competências de enfermagem perante a pessoa em situação crítica, enquadradas com os domínios das competências preconizadas pelos descritores de Dublin para o ensino de 2º ciclo.

2.2. Comunicação de conhecimentos e raciocínios de forma clara e objetiva, quer a especialistas, quer a não especialistas

O crescimento da enfermagem como profissão assenta fundamentalmente no seu corpo de conhecimentos próprio, sendo crucial a investigação para a atualização desses conhecimentos. Não menos importante é a divulgação desses conhecimentos no sentido de

munir os profissionais da prática com os mais recentes conhecimentos à luz da ciência, na persecução da qualidade dos cuidados, tendo as competências comunicacionais um papel preponderante.

Atinge este domínio de competências os estudantes que sejam capazes de comunicar as suas conclusões e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades (Decreto lei nº 115/2013 de 7 de agosto).

Neste subcapítulo farei uma explanação deste domínio de competências em duas vertentes distintas. Uma centrada na abordagem/comunicação com o doente e sua família, fulcral para o cuidar da pessoa de forma holística, e outra na vertente da comunicação do conhecimentos/saberes e raciocínios quer a especialistas, quer a não especialistas.

Na vertente da comunicação com o doente e sua família é de realçar que as competências comunicacionais contribuem para o cuidar, sendo que o estabelecimento de uma relação terapêutica é crucial para ganhar a confiança do cliente, promovendo o seu empowerment e proatividade, no sentido do restabelecimento do seu estado de saúde (Le Boterf, 2015).

A comunicação assume-se como pilar da relação interdisciplinar, entre pares e, principalmente, na relação enfermeiro-utente/pessoa alvo dos cuidados. O enfermeiro mestre, de acordo com o Decreto lei nº 115/2013 de 7 de Agosto, deve ser capaz de comunicar, dominando esta ferramenta em toda a sua abrangência, adequando o nível de comunicação ao fim que pretende e ao grupo alvo a que se refere.

Tal como todas as competências, as abrangidas no domínio deste descritor, não possuem um fim em si, ou seja, não são estáticas, mas sim competências dinâmicas, que se vão aperfeiçoando e adequando aos diferentes contextos ao longo de uma vida (Le Boterf, 2015).

Referindo-se à atuação e às técnicas de comunicação na vertente do socorro pré-hospitalar, Elvas et al (2012) afirmam que apesar do stress e dos possíveis malefícios que a situação de emergência possa causar às vítimas, um dos aspetos que estas recordam à posteriori é a forma como foram tratados pelos profissionais da equipa de emergência. Acrescenta ainda que o valor da comunicação não está naquilo que se transmite, mas sim naquilo que o outro percebe do que nós transmitimos.

Procurando valorizar a comunicação, os autores supracitados inferem ser necessário a utilização de técnicas facilitadoras, tais como comportamentos de escuta ativa, de empatia

e comportamentos não verbais tais como o toque, a postura, as expressões faciais, os gestos e a aparência. Na minha prática, aplico as estratégias anteriormente descritas, adequando a minha comunicação ao contexto e o doente que estou a prestar cuidados.

Na mesma linha de pensamento, Querido, Salazar & Neto (2016) identificam como competências básicas da comunicação a escuta ativa, a compreensão empática e o feedback. Considerando e valorizando a comunicação não verbal os autores defendem que esta acolhe toda a informação transmitida, exceto a informação falada ou escrita, e contempla toda a linguagem corporal (expressão facial, contacto visual, postura e movimentos corporais, contacto físico e toque) e a linguagem paraverbal ou paralinguagem (qualidade da voz e segregados vocais).

Os autores supracitados salientam ser fundamental não esquecer de atender ao feedback dado pela pessoa, principalmente o não verbal, na medida em que este pode nos transmitir dados fundamentais sobre a sua condição, sendo fulcral para a tomada de decisão e atuação. Tendo o conhecimento da importância deste feedback não verbal, procuro não descurar este aspeto na minha intervenção perante uma vítima em situação crítica. Esta situação é frequentemente observada num doente impossibilitado de comunicar verbalmente e com dor. Por exemplo, a escala comportamental da dor (BPS) procura traduzir esses feedbacks não verbais em informação válida para a implementação de medidas de controlo e alívio da dor.

No sentido de atender com dignidade todas as dimensões da pessoa doente, Querido, et al (2016) afirmam que a comunicação é a chave, atribuindo-lhe valorização na relação enfermeiro-doente. Acrescentam que “a tecnologia nesta área é o tempo e o espaço; e as ferramentas mais importantes de trabalho são a palavra e a escuta.” (p.816).

Procurando utilizar a comunicação como um instrumento de trabalho para um cuidar holístico, utilizando para tal as técnicas de comunicação facilitadoras da relação terapêutica, já referidas anteriormente, desenvolvi competências no domínio da gestão da “relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica.”; da “comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde” (OE, 2011, p.3).

Como pilar para o desenvolvimento destas competências, atendendo ao âmbito do cuidar da pessoa em situação crítica, contribuíram imenso os conhecimentos teóricos adquiridos sobre comunicação no âmbito do CPLEEMC, na UC de Cuidados Paliativos, concretamente a teoria sobre comunicação de más notícias, a temática sobre o cuidar em fim

de vida e a gestão da comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde.

Noutra vertente, trabalhei e desenvolvi a competência referente à comunicação de conhecimentos e raciocínios de forma clara e objetiva, quer a pares quer à comunidade, durante o meu percurso profissional e académico. Tive a oportunidade e o interesse em frequentar alguns cursos/formações que contribuíram para a aquisição e desenvolvimento de competências neste âmbito. Com relevante destaque refiro o Curso Pós-graduado em Supervisão Clínica de Enfermagem e o curso de Coaching e Liderança de Equipas.

A supervisão clínica em enfermagem pode ser vista como um processo educativo, de suporte e de garantia da qualidade (Jones, 2006). Com a implementação do processo de supervisão, surgem ganhos para o profissional e para a organização, refletindo-se nos cuidados prestados. Alguns benefícios citados são a sensação de suporte e bem-estar, o aumento do conhecimento e proatividade na busca de soluções, aumento da auto-confiança do profissional com diminuição de incidência de correntes emocionais e síndrome de burnout, aumento da participação na prática reflexiva, diminuição do absentismo, entre outros.

Reforçando os benefícios do processo supervisivo e liderança, o autor supramencionado refere que *“These benefits serve to promote life-long learning in addition to promoting standards and quality of care. Thus, the recipients of such benefits are the clients themselves along with their care givers”* (p. 157).

Nesta perspetiva, também o curso que realizei para a obtenção do Certificado de Aptidão Profissional trouxe-me conhecimentos e ferramentas para melhor comunicar e transmitir conhecimento entre pares e para a comunidade em geral. Os cursos referidos trouxeram-me novas ferramentas de comunicação, de relação e supervisão de pares que são essenciais para o desenvolvimento das competências de enfermeiro especialista.

Ao longo da minha experiência profissional tive oportunidade de aplicar/mobilizar estas competências através da participação como formador em inúmeras formações e cursos ministrados. Desde 2004 que exerço funções de co-formador no *Grupo de Formação em Reanimação do Hospital Dr Nélio Mendonça*, participando ativamente na coordenação e formação nos cursos de SBV, SAV, SIV e SBV Pediátrico, com um total de mais de 700 horas de formação, contribuindo para a aquisição de competências dos formandos e, em simultâneo, sedimentando as minhas próprias competências quer na área do conhecimento, quer na área da comunicação de conhecimentos a pares e ao público em geral.

Desempenhei atividade formativa numa ação de formação denominada “Suporte Básico de Vida”, que decorreu em 2014 na Escola B+S D^a Lucinda Andrade, destinada aos assistentes operacionais e fui orientador e formador da *Ação de Formação Primeiros Socorros e Suporte Básico de Vida*, destinada aos professores da mesma escola, em 2009. Com a implementação desta formação, os formandos ficaram sensibilizados para a importância do SBV, aprenderam o significado de cadeia de sobrevivência, conheceram o algoritmo de SBV teoricamente, aplicando-o com recurso a um manequim de SBV. Assim, esta formação serviu para promover o desenvolvimento de competências dos formandos em SBV, contribuindo para o aumento da literacia na população, potenciando a intervenção perante PCR, diminuindo por sua vez a morbilidade e mortalidade nas vítimas de PCR. Esta temática da formação da população em SBV será aprofundada no decorrer deste trabalho.

Ainda no âmbito da atividade formativa, na Casa de Saúde São João de Deus (CSSJD), durante doze anos, pertenci à equipa de formação desta instituição e fui responsável pela formação da unidade de agudos desde 2007 até 2013, desenvolvendo e promovendo formação para pares, para utentes e familiares, de forma sistemática. Desempenhei funções de coordenador e formador do módulo de formação *Humanizar e Cuidar*, no âmbito do Curso geral de empregado auxiliar da CSSJD, durante os anos 2011, 2012 e 2013. Fui ainda formador do *Curso de Formadores de Suporte Básico de Vida e Desfibrilhação Automática Externa do Instituto São João de Deus*, que se desenvolveu em 2009, destinada aos meus pares. Teve como objetivo dotar os enfermeiros da instituição para exercerem a função de formadores de SBV e DAE.

Esta modalidade formativa em serviço também contribuiu para o desenvolvimento das minhas competências na área da comunicação do conhecimento. Referindo-se à formação em contexto de trabalho no ambiente hospitalar, Bártolo (2007) afirma que a formação em serviço é uma prática cada vez mais frequente que foi muito dinamizada pela equipa de enfermagem, assumindo frequentemente carácter multiprofissional, estando presentemente disseminada pela equipa de profissionais da saúde.

A formação em serviço deve ser adequada a uma realidade profissional. De acordo com o autor supracitado, as formações em serviço devem abordar problemas ou necessidades identificadas, assumindo assim um carácter muito específico e resolutivo (p.139). Complementando esta opinião, o autor acrescenta que este tipo de formação serve também para “(...) partilhar experiências adquiridas noutra contexto, valorizando a dimensão do conhecimento científico (...)” (p.140).

Sendo reconhecidas pelos pares as minhas competências na área da formação da urgência, emergência, trauma e reanimação, fui convidado em 2016 para dar formação sobre *SBV e Desobstrução da Via Aérea* a todos os assistentes operacionais da Casa de Saúde Câmara Pestana, formação essa que se repetiu no ano 2017, dotando estes colaboradores de conhecimentos e competências básicas para atuar perante estas situações. Após a formação teórica, todos os formandos tiveram oportunidades de melhorar as suas habilidades na execução das manobras de SBV, com recurso a treino em manequim, segundo o algoritmo universal.

Também no âmbito do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, fui convidado pela escola ESESJC a colaborar como formador nas aulas práticas da unidade curricular Urgência, aulas essas desenvolvidas no laboratório da instituição e no Centro de Simulação Clínica da Madeira, local onde exerço funções como formador e operador dos equipamentos de alta fidelidade disponíveis para a formação. Esta experiência contribuiu, uma vez mais, para o desenvolvimento das minhas competências na área da comunicação do conhecimento a futuros enfermeiros especialistas.

Todas as atividades mencionadas anteriormente, relacionadas com a atividade exercida como formador, permitiram desenvolver as competências de comunicação de conhecimentos e raciocínios de forma clara e objetiva, quer a especialistas, quer a não especialistas, além de contribuírem para a sedimentação do conhecimento teórico pela sua repetição ao longo do tempo nos momentos formativos. Esta opinião é partilhada por Bártolo (2007) quando afirma que “(...) todas as interações dos sujeitos em contexto de trabalho constituem uma dinâmica formativa, donde emergem novos saberes práticos” (p.155). Acrescenta ainda que “a formação em contexto de trabalho reúne os requisitos essenciais para o processo de desenvolvimento de competências (...)” (p. 156).

Nesta perspetiva de valorização da formação, concretamente a formação em serviço, também Tojal (2011) vinca o valor desta formação, afirmando que a maioria dos enfermeiros concorda que a formação em serviço contribui para a atualização de conhecimentos, motiva a investigação, contribui para o desenvolvimento de competências ao permitir a partilha de saberes entre os diversos elementos da equipa e ainda satisfaz as necessidades de formação quando promove a reflexão e o debate acerca dos problemas sentidos, assumindo uma utilidade prática ao propor a resolução desses problemas.

Sendo várias as formações oferecidas fora do contexto de serviço, Bártolo (2007) salienta a sua pertinência, referindo que estas emergem de necessidades refletidas em

contextos profissionais e da necessidade de auto-formação dos profissionais, através da qual se pretende “desenvolver as competências necessárias para mobilizar, em situações concretas, os recursos teóricos e técnicos adquiridos durante a formação” (p. 188).

A realização das ações formativas, anteriormente citadas, de forma repetida, ajudaram a moldar a minha forma de estar, levando-me a ser um enfermeiro munido de bases teóricas, de experiência prática e de ferramentas comunicacionais, as quais utilizo para transmitir e influenciar positivamente os pares. Assim, recorrendo às competências desenvolvidas na área da comunicação, no meu contexto de trabalho tenho aprimorado outras competências tais como a liderança, gestão da equipa e recursos perante situações complexas e dinamização de formações nas áreas de especialidade, influenciando e promovendo o desenvolvimento de competências dos pares, tal como preconiza Bártolo (2007).

2.3. Competências para uma aprendizagem ao longo da vida de modo auto-orientado ou autónomo

Os estudantes que ao longo da sua vida tenham desenvolvido competências que lhes permitam uma aprendizagem contínua e de forma auto-orientada e autónoma, segundo o Decreto lei nº 115/2013 de 7 de Agosto, enquadram-se neste domínio de aprendizagem.

Procurando interligar a formação ao longo da vida com o âmbito do exercício profissional, Abreu (2003) afirma que um dos desafios atuais das escolas e das instituições de saúde consiste em considerar que a excelência das organizações, a segurança dos cuidados, o respeito pelas dimensões éticas e a disposição para aprender ao longo da vida, são processos indissociáveis da prática clínica.

Pelo descrito nos capítulos anteriores, o percurso profissional que tenho vindo a desenvolver, seja no desempenho das funções como enfermeiro, seja como formador ou como estudante em formações avançadas ou cursos, insere-se numa área de atuação que converge para os cuidados ao doente em situação crítica.

O meu início de percurso profissional num SUP, como enfermeiro recém-formado, teve como objetivo a aquisição e desenvolvimento das competências de enfermeiro de cuidados gerais. Em simultâneo e por tratar-se de um SUP, as competências em urgência e emergência foram também sendo desenvolvidas. Seguiu-se um percurso auto-orientado e autónomo, com destino ao desenvolvimento de competências acrescidas, competências específicas e especializadas em enfermagem médico-cirúrgica, na vertente da pessoa em

situação crítica, culminando nas competências do enfermeiro mestre em enfermagem médico-cirúrgica.

Este domínio *Competências para uma aprendizagem ao longo da vida de modo auto-orientado ou autónomo* foi desenvolvido com o contributo das experiências derivadas do CPLEEMC, concretamente no estágio de Opção (SU, VMER/SIV e EMIR) e Cuidados Intensivos, pois os campos de estágio escolhidos para o seu desenvolvimento, pela sua complexidade e por se complementarem, permitiram aplicar toda uma teoria previamente apreendida ao cuidado prático da pessoa em situação crítica.

Durante o estágio no INEM e EMIR, o desenvolvimento de competências de auto-aprendizagem e de forma orientada foi conseguido através da pesquisa bibliográfica específica para estes campos de atuação e através da postura de observação/colaboração participativa e crítica reflexiva que assumi durante este estágio. Este processo é muito importante na caminhada do enfermeiro especialista pois, segundo Abramowicz, citado por Zarpellon (2006), “a reflexão sobre a prática é a base fundamental para a formação do profissional, refletindo sobre a prática buscamos desvelar a teoria que está por detrás dela, para melhor compreendê-la em abrangência e profundidade” (p. 1382).

As bases teóricas são fundamentais para o processo de aprendizagem. Tal com afirma Zarpellon (2006, p. 1389),

(...) a teoria serve de apoio para o académico definir estratégias de ação. E então exerce essa ação, que é a prática. Teoria e prática estão, assim, vinculadas pelo próprio processo de geração de conhecimento. De fato, da prática surgem novas reflexões e novos conhecimentos, portanto amplia-se a teoria. E daí resultam novas alternativas para a prática.

Imbuído nesta perspetiva de enriquecimento e “cumplicidade” entre teoria e prática, desenvolvi e implementei alguns projetos ao longo da minha vida profissional que se integram no domínio do conhecimento e desenvolvimento profissional de forma autónoma e auto-orientada. Destaco os projetos que desenvolvi em serviço, tais como o *Projeto de Formação em SBV e Desobstrução da via Aérea*, que visou formar todos os auxiliares de enfermagem do Centro de Saúde de São Vicente nestas áreas, com início no ano 2007 e término em 2012.

Outro projeto, também importante e que perdurou durante cinco anos, foi o *Projeto de Formação em SBV e Desobstrução da via Aérea* que se destinou a dar formação nesta área aos auxiliares gerais e administrativos da CSSJD, num total de cerca de 120 elementos, que se iniciou no ano de 2006, com reciclagem anual, terminando em 2011. Fui autor e formador no âmbito da implementação destes projetos. Com a sua implementação, os

formandos adquiriram conhecimentos na temática abordada, treinando as suas habilidades em SBV, com recurso a um manequim. Os projetos em serviço, com todas as atividades inerentes ao planeamento e implementação dos mesmos, enquadram-se na estratégia e modo de formação a que Bártolo (2007) denomina de formação em serviço cujas mais valias já foram enumeradas no capítulo anterior.

Reconhecendo o contributo que os projetos anteriormente descritos representaram para os serviços e pessoas envolvidas, no decorrer do presente curso de mestrado, concretamente inserido no estágio de Opção, resolvi desenvolver um projeto de autoformação/intervenção na área do suporte básico de vida nas escolas do 1º ciclo do concelho de São Vicente, o qual também contribuiu para a satisfação do domínio da aprendizagem ao longo da vida, de forma auto-orientada e autónoma, o qual apresento seguidamente.

2.3.1 – Estágio de Opção – O Suporte básico de Vida nas escolas do 1º Ciclo de São Vicente

Sendo o SBV um dos temas que domino e de extrema importância para o socorro de uma pessoa em PCR, alinhando-se com a orientação de autoformação que desde sempre segui no meu trajeto profissional, resolvi no estágio Opção, integrado no curso de mestrado, desenvolver um projeto de auto-formação/intervenção intitulado *O suporte básico de vida nas escolas do 1º ciclo do Concelho de São Vicente: Lançando uma semente, traçando um futuro*.

Este projeto foi pensado, elaborado e implementado nas Escolas do Concelho de São Vicente, destinado às crianças do 1ª Ciclo, nomeadamente dos 3º e 4º anos, com idades compreendidas entre os 7 e os 11 anos, sendo uma faixa etária na qual o seu desenvolvimento cognitivo favorece a aprendizagem. A seleção da população vai ao encontro do que Paddock (2009) afirma: crianças com idades a rondar os nove anos têm as capacidades necessárias e deveriam aprender e treinar o SBV.

O autor supramencionado salienta que, embora algumas não tenham a força suficiente para aplicar as manobras, estas crianças adquirem um bom nível de conhecimentos e competências. Uma outra razão para esta escolha deveu-se ao facto do projeto envolver a aplicação de questionários, sendo necessário habilidades de interpretação e escrita que estas crianças já possuem por frequentarem o 3º e 4º ano letivos.

É nas escolas que os indivíduos edificam muito da sua personalidade, é lá que se fortalecem as raízes do indivíduo como pessoa, é na idade escolar que se aprende e desenvolve muita da nossa consciência crítica, sendo, portanto, o local oportuno para a implementação de bases sólidas promotoras de saúde.

Apesar do Ministério da Educação em Portugal (2017) conhecer a importância da formação em socorrismo nas escolas e ter decidido incluí-la nos currículos escolares, no Concelho de São Vicente apenas ao 9º ano esta é ministrada. Para que seja realidade, é necessária a implementação de projetos de formação que envolvam as instituições de saúde e as escolas. Neste sentido surgiu este projeto de forma a dar resposta a uma necessidade identificada.

O objetivo geral do projeto visado foi *Promover a literacia em saúde, especificamente na área do Suporte Básico de Vida, às crianças do 1º ciclo do Concelho de São Vicente*. Foi um projeto que se desenvolveu no último trimestre de 2017 nas escolas do 1º ciclo do Concelho de São Vicente, mais concretamente nas Escolas do 1º ciclo de São Vicente e na Escola de 1º Ciclo de Ponta Delgada e Boaventura. Com a implementação deste, ambicionei lançar uma semente que irá crescer, e que na minha perspectiva trará contributos futuros valiosos para a sociedade.

Foi minha intenção aliciar e entusiasmar as crianças para aprenderem e desenvolverem competências na área do SBV, contribuindo para a construção de uma sociedade mais ativa, mais competente na área dos primeiros socorros e mais saudável.

Segundo o Conselho Europeu de Ressuscitação (ERC, 2015) a PCR no pré-hospitalar é, geralmente, um acontecimento súbito no qual o ritmo mais frequentemente encontrado é um ritmo desfibrilhável. Este ritmo tem uma grande probabilidade de ser tratado de forma eficaz através de uma abordagem precoce, por alguém com conhecimentos em SBV e DAE. Neste sentido impera munir a comunidade de condições para atuar perante tais situações, através da implementação globalizada, sistematizada e concertada de programas capazes de transmitir estas ferramentas à comunidade.

Organizações e entidades ligadas à saúde e ao socorro preconizam que as manobras de SBV sejam amplamente divulgadas na comunidade de modo a aumentar a sobrevivência de vítimas de PCR. O European Resuscitation Council (ERC), a American Heart Association (AHA), o Conselho Português de Ressuscitação (CPR), entre tantas outras organizações, defendem o início desta divulgação/formação já nas escolas primárias,

lançando uma semente para um futuro, onde cada cidadão poderá ser um potencial reanimador.

Uma revisão integrativa realizada por Santos et al (2015), com o objetivo de conhecer o fenómeno do Suporte Básico de Vida, permitiu concluir que, apesar de haver vários estudos e abordagens comunitárias na área do SBV, é necessário definir políticas públicas para difusão do conhecimento de SBV nas escolas públicas e na população em geral.

Num estudo realizado na Dinamarca entre 2001 e 2011, onde foram estudados 4354 vítimas de PCR fora do hospital, os autores concluíram que nas vítimas que tiveram assistência imediata através SBV efetuado por leigos, a taxa de sobrevivência não só foi maior como também 75% dos sobreviventes foram capazes de voltar a exercer a sua atividade profissional (AHA, 2015). Uma outra conclusão importante foi a de que as probabilidades de os sobreviventes voltarem à sua vida ativa foi 40% maior nos sobreviventes que receberam SBV de leigos do que nos restantes que só receberam ajuda após chegarem as equipas do pré-hospitalar.

Neste sentido, também na Coreia foi desenvolvido um estudo por SunRo et al (2016), onde se pretendia compreender a relação entre a capacidade de a comunidade prestar reanimação cardiopulmonar e a sobrevivência após uma PCR fora do hospital. Os resultados mostraram que nas comunidades onde os conhecimentos sobre PCR eram melhores, as taxas de assistência e sobrevivência a situações de PCR fora do hospital foram mais elevadas.

Perante o resultado da evidência científica realizada nesta área, o caminho será o de formar e capacitar a comunidade para atuar perante vítimas de PCR, a fim de diminuir as taxas de morbilidade e mortalidade em situações de emergência ou acidente. Quanto à nossa realidade, Dixe & Gomes (2015) afirmam que, apesar de em Portugal já existirem vários cursos na comunidade, é necessário introduzi-los o mais precocemente nos currículos escolares de todos os jovens. Os autores defendem que estes programas deverão revestir-se de uma componente teórica e outra prática, e devem ser realizados nos mais variados locais, destacando-se as escolas e os locais de trabalho.

Também o ERC, no decorrer do ano 2015, emitiu um parecer relativamente à formação em reanimação nas escolas, fundamentando-se nas estatísticas que revelam que cerca de 70% das paragens cardíacas fora do hospital são testemunhadas por leigos e que o intervalo de tempo decorrente entre a PCR e a chegada das equipas de socorro pode ser preenchido por um leigo com um poder de intervenção muitas vezes decisivo para o desfecho

final. Paradoxalmente, verifica-se que apenas em cerca de 20% dessas paragens é feita reanimação por quem presenciou. Havendo intervenção por leigos, nomeadamente iniciando a cadeia de sobrevivência e executando as manobras de SBV, a taxa de sobrevivência poderia aumentar duas a quatro vezes (ERC, 2016).

A cadeia de sobrevivência, segundo o ERC (2016), é um conjunto de quatro elos que se interligam, cujo objetivo é salvar a vida de vítimas em PCR. Cada elo consiste num momento da abordagem à vítima que envolve intervenções distintas específicas.

O primeiro elo consiste no reconhecimento da vítima em PCR e efetivar um pedido de ajuda diferenciada. Contempla a primeira abordagem à vítima, a avaliação do estado de consciência, a permeabilização da via aérea, a avaliação dos sinais de vida e o acionamento de uma equipa de ajuda diferenciada (ERC, 2016).

O segundo elo chama-se SBV. Neste elo incluem-se as manobras de SBV, nomeadamente a massagem cardíaca externa e as ventilações, respeitando a cadência definida de acordo com o tipo de paragem, respiratória ou cardiorespiratória (ERC, 2016).

O terceiro elo, denominado Desfibrilhação, consiste na identificação do ritmo de paragem e a aplicação do choque no menor espaço de tempo possível, caso esteja presente um ritmo desfibrilhável (ERC, 2016).

O quarto e último elo é o denominado Cuidados Pós reanimação. Este pressupõe a correção do ritmo de paragem para um ritmo compatível com pulso. Após verificada a presença de pulso, este elo engloba todas as medidas específicas avançadas para manter a estabilidade do doente, nomeadamente medidas de suporte avançado de vida (ERC, 2016).

Sendo os fundamentos anteriormente descritos, sobre o impacto das manobras de SBV na sobrevivência das vítimas de PCR, aceites e considerados com enorme relevância pelas entidades com responsabilidades nesta área, em 2015 o ERC, em conjunto com Fundação Europeia para a Segurança do Doente (EPSF), o ILCOR (International Liaison Committee on Resuscitation), e a Federação Mundial das Sociedades de Anestesia (WFSA), emanaram um parecer denominado *Kids Save Lives* o qual assumiam como primordial o ensino da reanimação nas escolas e que este deveria ser obrigatório. Este parecer preconizava que fossem atribuídas duas horas de treino em reanimação a todas as crianças a partir dos doze anos, em todas as escolas do mundo.

Nalguns países nórdicos, como na Escandinávia, as taxas de reanimação por leigos chegam a atingir valores na ordem dos 60-80%, contrapondo-se com os valores da maioria dos países onde este valor ronda os 20%. Com a iniciativa *Kids Save Lives*, o ERC assume

que podem ser salvas cerca de 300 000 vidas em todo o mundo a cada ano, quase mil por dia e quase uma vida a cada minuto (ERC, 2016).

Em Portugal, decorria o ano de 2013 quando foi recomendado ao Governo, pela Assembleia da República, através da Resolução n.º 33/2013, a introdução de formação obrigatória de seis a oito horas de SBV aos alunos do 3º ciclo. A formação nas escolas foi identificada como uma prioridade na medida em que a escola se assumia como um alvo preferencial, porque reunia um potencial enorme de multiplicação e disseminação do conhecimento da população geral em SBV (Tavares, Pedro & Urbano, 2015). Considerando que as crianças de hoje são os adultos de amanhã, os autores ousam afirmar que todo o investimento feito junto das crianças na área do SBV será retribuído no futuro, com a esperança de que “(...) cada um de nós receba o que de melhor hoje plantou.” (p. 104).

A abordagem à população da comunidade escolar, como estratégia para promover a disseminação de conhecimentos e competências na área da reanimação, tem sido defendida pelas entidades e organizações que trabalham a área da emergência e primeiros socorros. Existem programas na área dos primeiros socorros que só nos últimos anos integraram o currículo escolar de algumas escolas do ensino secundário. Na escola de 2º e 3º ciclos de São Vicente, esta formação apenas foi dada aos alunos de 9º ano, no ano transato, com a duração de apenas uma hora e trinta minutos, não dando oportunidade de todos os alunos poderem treinar com recurso ao manequim, as manobras de SBV. Muito ainda haverá por fazer para que a Resolução da Assembleia da República n.º 33/2013 seja uma realidade em todas as escolas do país.

De forma a promover a disseminação de conhecimentos na área do SBV pelas escolas e pelas crianças, quero destacar uma obra de Luís Pacheco, apresentado em 2014, em algumas escolas do país, intitulado *Gesto Certo*. Trata-se de um livro, uma obra infantil, que aborda a temática do Suporte Básico de Vida, dirigida às crianças e jovens. O autor defende que a formação em SBV deve ser disponibilizada aos mais jovens desde cedo, sendo a única forma de se conseguir ter uma população mais informada e capaz de dar a resposta adequada nas situações de emergência médica em que é necessário fazer SBV.

Na prática o que se verifica, com maior frequência, são formações aleatórias desenvolvidas por entidades com responsabilidade social na área da emergência médica, nomeadamente pelo Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), pela Cruz Vermelha Portuguesa (CVP), pelo Serviço de Emergência Médica Regional (SEMER), entre outros.

Valorizando a importância do ensino de primeiros socorros às crianças em idade escolar, Lourdes et al (2002), fizeram um estudo que envolveu 126 crianças, com o objetivo de relatar os efeitos do ato de ensinar primeiros socorros e a prevenção de acidentes a crianças do ensino primário. Este estudo permitiu concluir que fazer cursos desta natureza para crianças é importante como forma de contribuir para o decréscimo dos índices de morbilidade e mortalidade, decorrentes de acidentes. Um aspeto relevante salientado pelos autores foi o facto destas crianças terem ensinado às suas famílias o que haviam aprendido.

Existem escolas que reuniram esforços e integraram esta temática nos seus currículos, contudo, a AHA, citada por Kraft (2011) defende que deveria ser um imperativo legal a inclusão da temática da reanimação cardiopulmonar nos currículos escolares de forma a dar um passo gigante na reanimação cardiopulmonar. O mesmo autor diz que esta integração nos currículos do ensino secundário, só nos Estados Unidos, no final do ano representaria cerca de um milhão de novos reanimadores, com preparação e competência para agir eficazmente durante muitos e muitos anos. A escola assume-se como um meio de exponenciação.

Reforçando a contextualização da realização deste projeto no meio escolar, no Japão já há alguns anos que o SBV e desfibrilhação automática externa foram introduzidos nas escolas, embora com carácter não obrigatório. De acordo com Takamura et al (2016), desde 2004 que tal se verifica.

Através de um estudo efetuado, intitulado *Quality of basic life support education and automated external defibrillator setting in schools in Ishikawa, Japan*, que tinha como objetivo identificar o nível de implementação do SBV com DAE, de acordo com a recomendação da Japan Circulation Society, Takamura et al (2016), concluíram que apesar do bom nível de efetivação da formação, a sua aplicação na prática necessita ser melhorada, nomeadamente a adequação do número de equipamentos de DAE, definição dos locais de instalação e maior suporte informativo governamental. Os autores ressaltam a importância de manter estes programas de formação abrangentes a todas as escolas, sugerindo um maior compromisso por parte do governo de forma a fortalecer os programas formativos, dando-lhes sustentabilidade e validação, de forma a melhorar os resultados na prática do SBV.

Também no Japão, no ano de 2015, a Japanese Circulation Society lançou uma campanha denominada *Aiming for zero deaths: Prevention of sudden cardiac deaths in Schools*. De acordo com Mitamura et al (2015), esta campanha contemplava recomendações fortes para a integração do ensino nas escolas do SBV, incluindo a formação do pessoal

docente, não docente e alunos. Na formação era dada ênfase à importância da cadeia de sobrevivência, à qualidade das manobras executadas, ao rápido acesso ao DAE e ao trabalho em equipa, sugerindo distribuição de tarefas como forma de agilizar e obter melhores resultados.

Os autores supracitados destacam três razões fortes para que o ensino de SBV com utilização de DAE, fosse introduzido nas escolas. A primeira baseava-se no facto do SBV nas escolas não ser sempre efetuado por professores. O mais expectável que pode suceder são os próprios professores ou encarregados de educação a sofrerem um colapso cardíaco, testemunhado pelas crianças. Perante estas situações, algumas ações que requerem rapidez, são efetuadas com maior agilidade pelas crianças. A segunda razão destacada releva o potencial papel que uma criança bem treinada em reanimação cardiorrespiratória pode desempenhar perante uma paragem. Ainda com este propósito, é salientada a importância do treino sistemático e regular desde a infância, de forma a manter e desenvolver competências na área. A terceira razão invocada é a de que, ao aprender a salvar a vida de alguém durante a infância, essa criança/indivíduo vai desenvolvendo simpatia e espírito de cooperação para com os outros, aumentando também a própria autoestima (Mitamura et al, 2015).

Resultados semelhantes obtiveram Albuquerque, Gouveia & Lopes (2015) ao desenvolverem um estudo intitulado *Salvando vidas: capacitação de jovens e adolescentes na prestação de primeiros socorros*. Esta investigação teve como objetivo analisar o conhecimento dos estudantes de uma escola pública sobre noções básicas de primeiros socorros perante variadas situações de saúde, incluindo PCR, recorrendo para tal à colheita de dados através de questionários.

Os autores supramencionados relevam o ensino de primeiros socorros nas escolas na medida em que vêem a educação como “(...) um meio para reorganizar as práticas e ações de saúde preventiva, curativa e de promoção” (pg. 36). A educação em saúde apresenta-se como uma arma que pode ser usada para atingir o bem comum. Nesta linha de pensamento, atestam ainda que “através da iniciativa da educação em saúde, pode-se favorecer a criação de ambientes saudáveis, transformando, construindo e trocando saberes científicos e populares, além de refletir sobre meios de fortalecimento da cidadania junto às comunidades.” (p. 36).

Neste sentido, Albuquerque et al (2015) ainda ressaltam a necessidade de realizar educação em saúde, incluindo treino e avaliação na área dos primeiros socorros, pois verificaram que nos questionários aplicados, os resultados foram substancialmente melhores

no pós-formação. Este género de formação na comunidade escolar é defendido pelos autores na medida em que consideram que este público-alvo possui um grande potencial para propagar o conhecimento teórico e prático, refletindo-se em mais vidas salvas.

Uma perspetiva que também reforça a importância do SBV nas escolas foi-nos dada num artigo de revisão elaborado por Tavares et al (2014) intitulado *Ausência de formação em Suporte Básico de Vida pelo cidadão: um problema de saúde pública? Qual a idade certa para começar*. Os autores opinam que a formação em SBV em Portugal, em 2014, encontrava-se numa fase embrionária, ressaltando a necessidade dessa mesma formação ser implementada nas escolas, objetivando um futuro onde estas crianças representariam adultos com conhecimentos em reanimação. Não encontrei evidências de que atualmente este tema esteja integrado nos currículos escolares, tal como recomendado pela Resolução da Assembleia da República nº 33/2013, apenas casos pontuais em algumas escolas mas com carga horária insuficiente.

Em Itália, Calicchia, Cangiano, Capanna, Rosa & Papaleo (2016) publicaram um estudo que efetuaram com crianças de onze e doze anos a quem lhes foi dada formação em SBV com utilização de DAE. Os autores chegaram à conclusão que as manobras de SBV podem ser ensinadas de forma efetiva às crianças do ensino primário e acrescentam que a utilização do DAE foi fácil de aprender pelas crianças, mesmo as mais novas. Os resultados revelaram-se surpreendentes para os autores na medida em que a eficiência das manobras superou as expectativas e, após um ano de formação, verificaram que as crianças manifestavam francamente maior segurança na abordagem à vítima, com atenção aos passos contemplados no algoritmo.

O desafio de munir a comunidade com indivíduos capacitados para intervir como potenciais reanimadores continua a inquietar a comunidade profissional ligada à saúde. Calichia et al (2016), Takamura et al (2016), Albuquerque et al (2015), Tavares et al (2014), entre outros, entendiam esta necessidade como uma mais valia e entendem a escola como um meio propício e potenciador de partilha de conhecimentos e competências. Contudo, surgem dúvidas acerca da idade em que deveria ser iniciada a formação e como seria a sua performance no campo físico e intelectual para aplicar corretamente as manobras de SBV.

Partilhando desta preocupação, Maconochie, Sheila & Bingham (2007) efetuaram um estudo para avaliar a eficiência da realização de compressões torácicas por crianças. Dividiram por escalões etários e verificaram que apenas as crianças com mais de treze anos

conseguiam realizar compressões com a profundidade recomendada. Contudo, as mais jovens aprendiam mais facilmente a posicionar corretamente as mãos sobre o peito da vítima.

Ainda valorizando a formação a crianças de mais tenra idade, os autores supracitados afirmam que embora as crianças mais novas não executem as compressões com a devida força, apreendem a componente teórica da mesma forma que os mais crescidos.

Roppolo & Pepe (2009) partilham das conclusões dos autores anteriores, aludindo que os mais crescidos executam melhor as manobras. Num artigo publicado, defendem esta ideia enfatizando, contudo, a importância de iniciar a formação nas idades mais jovens. Os autores defendem que, ao iniciar formação em idades a rondar os oito anos, faz com que as crianças desenvolvam um senso de obrigação social, além de que nas formações e treinos de follow-up, vão sedimentando competências em reanimação de tal forma que, quando terminam a sua formação académica possuem conhecimentos e competências bastante desenvolvidas, podendo intervir de forma fácil e eficaz numa situação de PCR.

A posição da OMS perante esta temática coaduna-se com tudo o tem sido defendido e descrito anteriormente. Decorria o ano de 2015 quando esta organização aprovou o ensino da reanimação nas escolas e desta forma o projeto *Kids Save Lives* ganhava mais um forte impulsionador.

De acordo com Banfai, Pek, Pandur, Csonka & Betlehem (2016), o início da educação em primeiros socorros na infância pode ser benéfico, mesmo que as capacidades intelectuais e físicas se apresentem como uma barreira da aprendizagem. No estudo/projeto que realizaram, com o objetivo de avaliar a efetividade da implementação de um plano de formação sobre primeiros socorros, com a duração de três dias, dirigido a crianças entre os sete e os catorze anos, concluíram que as crianças com estas idades possuem as habilidades suficientes para realizar as manobras de SBV. Contudo, ressaltam que, após uma avaliação à posteriori, a retenção de conhecimento era boa para as manobras práticas, mas o raciocínio e aplicação do algoritmo era muito difícil para estas crianças.

Ainda no estudo supramencionado foi relacionada a performance das crianças com a sua idade, tendo os autores supracitados chegado a conclusões semelhantes às do estudo mencionado anteriormente, realizado por Paddock (2009). Também Banfai et al (2016) concluíram que crianças com menos de dez anos não conseguiam desempenhar manobras de SBV eficazes, contudo na retenção de conhecimentos teóricos não mostravam diferenças perante as mais velhas. As crianças com sete anos apresentaram uma performance inferior às restantes, contudo melhoraram significativamente o seu desempenho no pós formação e

na avaliação á posteriori. De uma forma global, a maior idade foi associada com melhor conhecimento do número de emergência, correta abordagem à ventilação, profundidade das compressões mais adequadas, colocação em posição lateral de segurança, o uso correto do DAE e com a abordagem mais segura e eficaz a uma vítima com hemorragia.

Sendo um facto que, quando as manobras de SBV são iniciadas por alguém que presencia a PCR, a taxa de sobrevivência aumenta duas a três vezes (CPR, 2015), todo o cidadão deveria ter conhecimentos de como efetuar o SBV. Perante a evidência científica apresentada anteriormente e seus resultados, é inquestionável a pertinência e importância da formação em SBV nas escolas.

Assim, a implementação deste projeto assumiu-se como mais um passo na prossecução das metas da OMS, AHA, ERC, ILCOR CPR e outras entidades e organizações, para a diminuição das mortes evitáveis por PCR, através da intervenção e início precoce de manobras de reanimação executadas por leigos, neste caso, em particular, as crianças.

Analisando os estudos referidos, verifica-se que existem incertezas sobre a capacidade de as crianças executarem as manobras corretamente, contudo é unânime a sua capacidade de aprender e reter conhecimentos teóricos. Assim sendo, a formação de SBV nas escolas apresenta-se como fundamental, pertinente e urge em ser implementada transversalmente nas escolas de todos os países. Neste sentido, o projeto de autoformação/intervenção que desenvolvi no estágio de Opção deste curso de mestrado foi uma semente lançada na esperança de um futuro onde possamos encontrar uma comunidade com formação em SBV.

Assumindo o atrás exposto como fundamental numa perspetiva da capacitação da comunidade para atuar perante vítimas de PCR, o projeto desenvolvido durante o estágio Opção deste mestrado teve como objetivo *Promover a literacia em saúde, especificamente na área do Suporte Básico de Vida, às crianças do 1º ciclo do Concelho de São Vicente*. Como população alvo foram integradas todas as crianças do 3º e 4º anos do 1º ciclo das escolas do Concelho de São Vicente, sendo a população constituída por 82 crianças distribuídas por cinco turmas, incluídas em duas escolas de 1º ciclo existentes no concelho de São Vicente. Na Freguesia de Ponta Delgada e Freguesia Boaventura existe uma escola em comum, situada em Ponta Delgada, com uma turma de 3º ano com 13 alunos e uma turma de 4º ano com 19 alunos. Na Freguesia de São Vicente existe uma outra escola de 1º ciclo, situada no sítio da Vila, com duas turmas de 3º ano (cada uma com 13 alunos) e uma turma de 4º ano com 24 alunos.

De forma a corporizar o objetivo geral deste projeto, defini objetivos específicos e planeei diversas atividades no sentido da sua concretização.

O primeiro objetivo definido foi *Sensibilizar os responsáveis pela Educação, a nível concelhio e regional, para a importância deste projeto para a comunidade escolar/sociedade e obter o seu consentimento*. Como estratégias para o seu alcance, e pretendendo envolver a Direção Regional da Educação (DRE) e as Escolas do Concelho de São Vicente, assegurando-os como parceiros, elaborei uma carta com um resumo do projeto, identificando o seu autor, o âmbito, os objetivos e estratégias a utilizar para a sua implementação, de modo a obter autorização por parte destas entidades. Esta etapa assumiu-se uma crucial importância, pois sem a autorização e sem a partilha de compromisso entre as partes, não seria possível a implementação do projeto.

Tendo rececionado a carta, a DRE solicitou-me vários elementos de modo a decidirem, com bases sólidas, pela autorização ou não da implementação do projeto nas escolas. Esses elementos fazem parte dos critérios internos desta entidade e deles dependeria o seu parecer.

Assim, foi-me solicitado um documento com a informação mais detalhada sobre o projeto, incluindo o documento de informação aos pais com vista ao seu consentimento informado, uma declaração do professor orientador confirmando a tutoria e co-responsabilidade na implementação e também solicitaram uma cópia dos instrumentos de colheita de dados e de avaliação a serem utilizados.

Na etapa do planeamento do projeto, os documentos atrás mencionados não estavam contemplados. Esta exigência da DRE acarretou um aumento da responsabilidade e exigiu uma abreviação na elaboração destes instrumentos que, à partida, seriam para elaborar numa fase posterior. Todos estes documentos foram elaborados e enviados, sendo que os instrumentos de colheita de dados a serem utilizados foram validados previamente por duas professoras do ensino do 1º ciclo, nomeadamente um professor do 4º ano e uma diretora de uma escola e pela professora orientadora do projeto.

Verificou-se que algumas questões reportavam-se a informações muito concretas e muito específicas do SBV que poderiam invalidar a resposta e consequente análise dos dados, pelo que foi sugerido pelos professores algumas alterações, as quais foram aceites e implementadas.

A tarefa de validação é importante porque é uma forma de garantir uma maior segurança e precisão ao efectuar uma determinada pesquisa. Cunha, citado por Silva (2012),

refere ser importante a validação, pois esta permite validar a semântica do instrumento, de forma a evitar a sua incoerência e confusão na sua análise. Acrescenta ainda que deve ser validada a linguagem a ser utilizada de modo a que esta fique aproximada da linguagem dos respondentes.

Opinião semelhante tem Fortin (2009), referindo-se à comunicação com os participantes e entendendo-a como influenciadora do resultado dos estudos, refere que após determinada a forma de recolha dos dados, devemos zelar para que seja fornecida a todos os participantes a mesma informação e mesmas instruções para preencher o instrumento de colheita. Acrescenta ainda que é importante assegurar-se da validade e fidelidade destes instrumentos.

Foi garantido o respeito pela vontade dos encarregados de educação e dos alunos, em participar ou não neste projeto, o anonimato no tratamento dos dados, e o respeito pelos princípios éticos. Após o envio dos documentos solicitados pela DRE, recebi a informação que o parecer era favorável, obtendo autorização para avançar com a implementação.

Posto isto, iniciei um processo de articulação com as respetivas escolas reunindo-me com as Direções e com os professores do 3º e 4º anos da Escola de 1º ciclo de Ponta Delgada e Boaventura e da Escola de 1º Ciclo de São Vicente, tendo apresentado o projeto, seus objetivos e estratégias inerentes, obtendo receptividade e disponibilidade por parte destes para colaborar na implementação.

Neste sentido, foi realizada uma reflexão conjunta, entre mim e os professores das escolas, de forma a delinear as melhores estratégias para desenvolver/implementar o projeto, incluindo as estratégias pedagógicas. Foram agendadas as formações teórico-práticas nos horários propostos pelas escolas, de forma a não interferir com o normal desenrolar dos planos de estudos. Na Escola de Ponta Delgada foi combinado realizar duas formações, uma para cada turma. Na escola de São Vicente foi planeado realizar também duas formações: uma em conjunto para as duas turmas de 3º ano e outra para a turma de 4º ano.

Assegurada a receptividade e disponibilidade dos respetivos diretores e professores, foi solicitada a colaboração dos professores no sentido de obtermos o consentimento por parte dos pais para a participação das crianças no projeto. O documento de informação ao sujeito e o consentimento informado, exigido pela DRE e já elaborado, foi entregue aos professores, que fizeram chegar aos encarregados de educação através das crianças. Das 82 crianças, apenas dois encarregados de educação não deram o seu consentimento.

O segundo objetivo específico do projecto foi o *Aprofundar conhecimentos na área da pedagogia infantil*. Neste sentido, tratando-se de crianças, foi importante definir estratégias pedagógicas no sentido de promover o melhor aproveitamento da formação a ser implementada, aumentando a eficácia como formador, potenciando a aprendizagem do aluno (Jardilino, Amaral & Lima - 2016). Assim, efetuei pesquisa bibliográfica sobre estratégias para motivação e captação da atenção de crianças em sala de aula, nomeadamente aspetos inerentes à linguagem a ser utilizada, postura do formador, elaboração de diapositivos e ainda sobre questionários aplicados a crianças.

De acordo com Morgado (1999), o sucesso da formação correlaciona-se com as metodologias utilizadas. O autor afirma que o formador necessita ponderar as opções em matéria de princípios pedagógicos, nomeadamente a forma como pretende organizar os alunos, o tempo, o espaço, os recursos, e ainda, como pensa avaliar a formação (p. 22).

Foram, também, muito produtivas as conversas informais e trocas de ideias que tive com os respetivos professores e diretores escolares, no sentido de adequar as estratégias e a postura aos alunos, facilitando o desenvolvimento da formação e a consecução dos objetivos pretendidos com esta.

O terceiro objetivo específico consistiu em *Identificar os conhecimentos das crianças da escola de 1º ciclo de Ponta Delgada e São Vicente (3º e 4º ano), sobre Cadeia de Sobrevivência e SBV*. Para a consecução deste foi aplicado um instrumento de colheita de dados, com a finalidade de efetuar o diagnóstico de situação. Para este projeto decidi utilizar o questionário, considerando-o conveniente para o objetivo a que se destina este instrumento, indo ao encontro do que diz Fortin (2009), quando afirma que o investigador deve questionar-se se o instrumento que utiliza é o mais adequado para recolher a informação que pretende, devendo ter conhecimentos dos vários instrumentos existentes à sua disposição. Para a construção deste questionário, segui os pressupostos subjacentes e definidos por Fortin (2009).

Este questionário encontrava-se dividido em duas partes, sendo constituído por treze questões. Algumas questões eram de resposta fechada (*Sim* ou *Não*), e outras abertas. A primeira parte apresentava quatro perguntas que visavam a caracterização da população em termos de idade e ano escolar e também situar os alunos num patamar de conhecimento relativamente ao tema. Foi-lhes questionado se tinham conhecimento sobre o que era uma emergência, dando um exemplo por escrito e, se já alguma vez haviam presenciado alguém em PCR.

A segunda parte deste questionário, constituído por nove perguntas fechadas, visava identificar os conhecimentos dos alunos na temática do SBV. As questões abordavam aspetos tais como a importância de gritar por ajuda; a identificação do número de emergência; o conhecimento sobre avaliação dos sinais de vida; o conhecimento sobre o significado de SBV e qual o seu objetivo; o que fazer após verificar que uma vítima não respira; quantas compressões e respirações devem ser feitas à vítima em PCR e com que ritmo; a possibilidade de efetuar SBV com recurso apenas a compressões e, finalmente, em que situações é legítimo parar as manobras de SBV.

Após obtenção do consentimento por parte dos encarregados de educação e das próprias crianças, foi facultado a estas o questionário, no sentido de avaliar os seus conhecimentos e planejar a intervenção da forma mais específica, indo ao encontro dos resultados do diagnóstico da situação realizado.

Foram recolhidos 76 questionários para diagnóstico da situação. Estes foram analisados e os dados foram tratados. Dos questionários recolhidos, 35 referem-se a turmas de 3º ano e 41 a turmas de 4º ano.

Outro dos objetivos específicos contemplado foi *Contribuir para a literacia das crianças da escola de 1º ciclo de Ponta Delgada e São Vicente*. No sentido da sua concretização foram planeadas formações teórico-práticas. Nas datas previamente definidas, estas foram concretizadas e consistiram numa formação teórica com a duração aproximada de 45 minutos, sobre a temática da cadeia de sobrevivência e SBV, seguida da parte prática com a duração de cerca de uma hora e meia.

A formação teórica foi baseada na apresentação de diapositivos com explicação oral do conteúdo dos mesmos. Foi explanado o conceito de cadeia de sobrevivência e abordado o algoritmo de SBV, dando especial ênfase à importância destes conhecimentos por parte de toda a comunidade e da potencial importância que cada uma das crianças poderá assumir perante uma situação de PCR. Finalizou-se com a apresentação de um vídeo demonstrativo da aplicação do algoritmo de SBV.

Para adequar os diapositivos e seu conteúdo ao nível de compreensão das crianças e, em simultâneo, captar a sua atenção para o tema exposto, fiz alguma pesquisa sobre estratégias de ensino a crianças, tendo elaborado os respetivos diapositivos com recurso a imagens e fotos de crianças executando os diversos gestos que se pretendia que estas crianças aprendessem. Consideramos que estes diapositivos estavam adequados aos objetivos pretendidos.

Para o desenvolvimento da parte prática, recorreu-se ao uso de um manequim de SBV. Nesta etapa pretendeu-se que, as crianças que assim o entenderam, praticassem o algoritmo de abordagem à vítima de PCR. Para tal, foi demonstrado o algoritmo preconizado pelo ERC e pelo CPR, seguindo o método dos quatro passos: 1º passo - demonstração do algoritmo em silêncio; 2º passo - demonstração do algoritmo explicando todos os gestos; 3º passo – execução do algoritmo à ordem dos formandos; 4º passo – proporcionar um momento de treino a cada formando, orientando nas manobras.

Apenas duas crianças se recusaram a praticar, não especificando a razão da sua recusa. Todas as restantes mostraram muito entusiasmo para treinar.

O último objetivo específico definido foi o de *Avaliar o impacto do projeto na comunidade escolar*. No final da formação, após uma exposição teórica, reforçada por um momento prático onde os alunos observaram o algoritmo e treinaram-no, foram avaliados os conhecimentos adquiridos através do preenchimento do mesmo questionário aplicado pré-formação. Foi ainda aplicado um instrumento de avaliação global da formação com o objetivo de conhecer as opiniões das crianças acerca do projeto/formação desenvolvida. Este instrumento pretendeu avaliar vários aspetos, como por exemplo: o gosto pela temática; as competências do formador; aspetos mais relevantes e sugestões de melhoria; e, finalmente, como avaliaram globalmente a formação.

Em termos de resultados, passo a citar os principais dados obtidos pós-formação, fazendo uma análise, tendo por base os resultados obtidos na fase do diagnóstico da situação.

Quanto à caracterização da amostra, e de acordo com as respostas às questões figuradas no questionário aplicado pré-formação (diagnóstico de situação), e para o mesmo aplicado pós-formação, verificou-se que a média de idades para o 3º ano de escolaridade foi de oito anos e para o 4º ano, nove anos de idade, respetivamente, situando-se todas as crianças na faixa etária dos sete aos onze anos.

Questionados se sabiam o que era uma emergência e, em caso afirmativo, indicarem um exemplo, verificou-se que 90.8% da população (69 alunos) afirmou saber o que é uma emergência, contrastando com apenas 9.2% que afirmou desconhecer (7 alunos). Na mesma questão pós-formação a taxa de respostas corretas foi de 100%. Os exemplos dados por estes foram aceites como sendo *emergências*. Entre os exemplos dados destaco: “alguém sentir-se mal”; “um ataque cardíaco”; “alguém partir um membro”; “alguém a ter um AVC”; “desmaio”; “faltar o ar”; “quando acontece alguma coisa grave ou acidente”, entre outros.

Questionados sobre se já haviam presenciado alguém a sentir-se mal e deixar de respirar, verificou-se que 78.9% da população nunca presenciou. Os restantes 21,1% afirmaram já ter presenciado. Na mesma questão pós formação, as taxas de respostas foram muito semelhantes, como seria expectável.

A parte II do questionário inicia com a questão “Perante uma situação de emergência, achas importante chamar por ajuda em voz alta?”. Perante esta, quando aplicada pré-formação, 90.2% da população respondeu “Sim”. Os restantes 9,8% consideraram não ser importante. No pós-formação a taxa de resposta correta “Sim” foi de 100%.

Relativamente ao conhecimento sobre como verificar a respiração de uma pessoa, no diagnóstico da situação 76,3% respondeu que sim. Apenas 23,7% admitiu não saber. Apesar de uma percentagem relevante assinalar que sabia avaliar a respiração de uma vítima, quando confrontados oralmente com esta questão na formação teórica, apenas um respondeu de forma correta, referindo-se à avaliação do Ver-Ouvir-Sentir. Tantos outros responderam que sim, contudo as suas respostas careciam de fidegnidade, transparecendo uma resposta assente num julgamento infundado. Foram dadas respostas tais como “encostar um espelho na boca”; “pôr a mão no nariz”; “olhando para a pessoa”; “deitando água na cara”. Na mesma questão pós-formação, a taxa de resposta “Sim” teve um incremento para os 100%.

No que se refere à questão nº 3, que pretendia verificar se os alunos conheciam o número a ligar em caso de emergência e, em caso de resposta afirmativa, deveriam escrever o número 112 num espaço para o efeito, foi com satisfação que verifiquei que 98,7% respondeu afirmativamente e escreveu o número correto. Apenas uma criança do 3º ano respondeu não saber qual o número a ligar em caso de emergência. A taxa foi de 100% no questionário pós-formação.

A questão nº 4, da parte II do questionário, assumiu-se como um ponto de referência importante para o restante. Em caso de resposta negativa, o aluno deveria terminar aqui o seu questionário. Em caso afirmativo, deveria continuar até ao final. Foi perguntado se o aluno sabia o que era o Suporte Básico de Vida. Em caso afirmativo, deveriam escrever num espaço para tal, por palavras suas, qual a sua finalidade. Os dados permitiram verificar que 90,8% não sabia o que era nem para que servia (69 alunos). Apenas 9,2% assinalou saber, correspondendo a seis crianças do 4º ano e uma do 3º ano.

Entre os que assinalaram saber o que era o SBV, solicitados a escrever qual a sua finalidade, obteve-se respostas consideradas corretas (“Manobras que podem salvar vidas”; “Serve para manter uma boa vida nos pulmões”; “Caso se tivermos alguma emergência

conseguimos ajudar a pessoa”; “Para salvar uma pessoa”) e outras respostas que considero vagas ou incorretas (“Quando alguém precisar de ajuda, liga para lá”; “Para sabermos tudo”)

No conhecimento sobre o que é o SBV, no questionário pós-formação a resposta “Sim” situou-se nos 98,5% no pós-formação. Apenas 1,5% respondeu “não”, correspondendo a uma criança de 4º ano. Relativamente à finalidade do SBV, a taxa de respostas consideradas corretas evoluiu para os 76,9%. Obteve-se enumerações tais como “Serve para salvar a vida de uma pessoa”; “Simples gestos que podem salvar vidas”; “Fazer suporte até os bombeiros chegarem”; “Para fazer compressões, para reanimar”, entre outras enumerações relacionadas com o propósito do SBV.

Na segunda parte do questionário, respondida apenas por 9,2% da população na fase de diagnóstico (7 alunos) a questão nº 5 perguntava o que fazer primeiro quando se verifica que uma vítima não respira. A resposta correta “Ligar 112” obteve no questionário pré-formação uma taxa de resposta na ordem dos 3,9%, tendo-se situado nos 49,2% no pós-formação. Paradoxalmente, a resposta incorreta “Massagem cardíaca” subiu dos 2,6% para os 43%. Talvez pela ênfase dada à massagem cardíaca durante a formação teórico-prática, verificou-se um desvio das respostas erradas das outras alíneas, para esta, também incorreta.

Assumindo a aplicação do algoritmo universal de SBV, alternando compressões e respirações boca-a-boca, a pergunta nº 6 questionava qual o número de compressões a efetuar. Verificou-se que houve um incremento de respostas corretas (30 compressões) entre o questionário aplicado pré-formação para o mesmo no pós-formação, passando dos 0% para os 90,8%.

Também na resposta ao número de respirações boca-a-boca a efetuar durante a aplicação do algoritmo (2 respirações) a taxa de resposta subiu dos 0% para 93,8%.

As elevadas subidas das taxas de resposta verificadas nestas últimas duas questões harmonizam-se com o entusiasmo verificado na sala aquando da formação e também com o elevado número de referências obtidas quanto à realização de compressões e respiração boca-a-boca, quando solicitados a referir o que mais haviam gostado na formação.

Relativamente à questão que abordava a legitimidade de fazer apenas compressões, em caso de decisão do reanimador, o incremento de respostas corretas no “Sim” subiu dos 1,3% para os 47,7%. Esta taxa ficou aquém da minha expectativa, visto ter apresentado um diapositivo apenas sobre esta questão.

A última questão abordava as três situações em que é legítimo parar as manobras do SBV. De acordo com o ERC (2010) são: quando a vítima recuperar, quando chegar ajuda

diferenciada e quando o reanimador estiver exausto. Perante esta questão, e orientados para responderem, sabendo que havia mais que uma alínea correta, os dados colhidos pré-formação mostram que ninguém assinalou as três opções corretas, tendo apenas sido assinaladas algumas de forma incompleta. Posteriormente à formação verificou-se que 61,5% dos inquiridos respondeu às três premissas corretamente e ainda 35,4% responderam assinalando alíneas corretas, mas de forma incompleta.

A evolução destas taxas de resposta, na sua maioria positiva e com diferenças bastante significativas em muitas questões, vem demonstrar o impacto positivo da formação na aprendizagem das crianças e vem demonstrar que as crianças foram capazes de reter conhecimentos teóricos, apesar da tenra idade. Para que tal fosse possível contribuiu, no meu entender, a forma de abordar o tema e os diapositivos elaborados, captando a sua atenção e motivando-as para a aprendizagem.

Embora na teoria não houvesse diferenciação nas taxas de resposta entre as crianças do 3º e 4º anos, refletindo-se esta homogeneidade também na retenção e verbalização do algoritmo aquando da demonstração, fiquei com a perceção de que as turmas de 4º ano demonstraram maior atenção e melhor desempenho na prática.

Embora não contemplando uma avaliação das competências práticas, mas com base na observação realizada durante as demonstrações, concordo com Banfai et al (2016) quando dizem que as crianças a partir dos sete anos são capazes de apreender e aplicar competências de Suporte Básico de Vida. Acrescentam ainda que iniciar a educação em SBV na primeira infância pode ser bastante benéfico, mesmo que as habilidades físicas e intelectuais se mostrem como uma barreira para a aprendizagem.

Observou-se que, de uma forma global, crianças com maior idade e fisicamente mais robustas estavam relacionadas com melhor execução das compressões. Tal como no estudo de Banfai et al (2016), no qual os autores identificaram uma correlação positiva entre a performance na execução das manobras e o peso, idade, altura e índice de massa corporal das crianças. Quanto maior, melhor as manobras de compressão.

Passando à avaliação global da formação, após a análise das questões do instrumento aplicado aos alunos de todas as turmas, cheguei à conclusão que as estratégias utilizadas revelaram ser primordiais para que esta formação fosse interessante, e que a linguagem e os métodos usados foram compreensíveis permitindo aos alunos aprender, replicar e recomendar o que aprenderam aos seus colegas. As elevadas taxas de resposta obtidas nas questões que abordam estes aspetos são a prova disso. Os níveis “Bom” e “Muito

Bom” reúnem mais de 90% de respostas. Também a avaliação da formação, de uma forma geral, obteve 96,9% de respostas para os níveis Bom (9,1%) e Muito Bom (87,8%).

As questões abertas permitiram perceber que as crianças gostaram muito de realizar as manobras no manequim. Efetivamente, esta realidade verificou-se durante as sessões práticas onde a motivação e o entusiasmo, por vezes, transfigurados em azáfama, estavam bem presentes. Quanto às sugestões de melhoria, após análise das respostas dadas não se evidencia nenhuma informação que questione o planeamento e a implementação do projeto.

A realização do presente trabalho revelou ser extremamente profícuo tanto para o meu desenvolvimento pessoal como profissional. É com enorme satisfação que verifico que os objetivos definidos no projeto de autoformação/intervenção foram atingidos, trazendo, sem dúvida, no futuro benefícios imensuráveis para a sociedade.

Através deste projeto consegui envolver/sensibilizar a Direção Regional de Educação e os Diretores das Escolas Básicas do Concelho de São Vicente para a importância do tema Suporte Básico de Vida ser abordado e desenvolvido nas escolas. Também é de realçar a elevada percentagem de crianças participantes, com o consentimento dos encarregados de educação para a participação no projeto, o que traduz o interesse dos mesmos para esta temática e a importância que lhe atribuem.

Todo o trabalho desenvolvido na unidade curricular “Estágio de Opção”, no âmbito do MEMC, permitiu-me a mobilização das competências de Enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, dando visibilidade não só às competências, mas também as habilidades, atitudes, valores e comportamentos desenvolvidos na promoção da literacia em saúde, especificamente na área do Suporte Básico de Vida, às crianças do 1º ciclo do Concelho de São Vicente.

As competências de 2º ciclo, inerentes ao grau académico de mestrado, também foram desenvolvidas e fortalecidas. Este estágio foi promotor de reflexão, de pesquisa autónoma e orientada e de transmissão de conhecimento através da comunicação adequada ao grupo alvo.

Todo o percurso transcrito transparece o guião de um percurso de construção de competências de auto-aprendizagem, desenvolvidas de modo fundamentalmente auto-orientado e autónomo, assentes num corpo de conhecimentos científicos próprios e específicos, assumindo-se como pilares estruturantes das competências desenvolvidas, visando o culminar das competências de mestre em enfermagem médico-cirúrgica, nos seus vários domínios de atuação.

*Das competências especializadas à pessoa em situação crítica à intervenção
em Suporte Básico de Vida nas escolas do 1º ciclo*

CONCLUSÃO

A realização do presente relatório revelou-se uma experiência extremamente profícua para o meu desenvolvimento pessoal e profissional. Toda a atividade de pesquisa e reflexão inerente à sua realização permitiu a aquisição, conjugação e integração de um conjunto de conhecimentos que edificaram uma nova perspetiva da profissão de enfermagem.

Procurei plasmar neste relatório todo o meu percurso ao longo da vida, no sentido do desenvolvimento e aquisição das competências de mestre em enfermagem médico-cirúrgica, fundamentando este desenvolvimento na minha experiência, trajetória profissional e nas situações vivenciadas durante os cursos de CPLEEMC e CMEMC.

Ao longo de quase duas décadas do meu exercício profissional, foram apreendidas, desenvolvidas e sedimentadas inúmeras competências na área da enfermagem, tendo seguido na minha prática uma orientação e formação ao longo da vida que convergiram para a sua concretização. Da conjugação entre a experiência prática em ambientes de urgência e entre as múltiplas formações/cursos que frequentei, resultaram o desenvolvimento de um conjunto de competências direcionadas para o cuidar a pessoa em situação crítica.

No âmbito do CPLEEMC, foram marcantes os estágios de Cuidados Intensivos e de Opção realizado em contexto intra-hospitalar e pré-hospitalar (creditados pelo CTC). As minhas intervenções em ambos visaram a prestação de cuidados de enfermagem especializados na abordagem à pessoa em situação crítica, com uma ou mais funções vitais em risco, na vertente da prestação de cuidados desde o pré-hospitalar, passando pelo SU, culminando com os cuidados altamente especializados e diferenciados prestados na UCI.

Os estágios supracitados promoveram a aquisição de competências para cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, conhecer os sistemas de resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima, e maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.

Durante o CMEMC, desenvolvi um projecto na unidade curricular *Estágio de Opção* intitulado *O suporte básico de vida nas escolas do 1º ciclo do Concelho de São Vicente: Lançando uma semente, traçando um futuro*, que permitiu-me a mobilização das competências de Enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, dando

visibilidade às minhas habilidades, atitudes, valores e comportamentos, desenvolvidos na promoção da literacia em saúde.

O projeto implementado permitiu identificar os conhecimentos das crianças da escola de 1º ciclo de Ponta Delgada e São Vicente (3º e 4º anos) sobre Cadeia de Sobrevivência e SBV e contribuir para a literacia destas crianças sobre intervenção em PCR. Através da análise dos resultados obtidos verificou-se que existiu um impacto positivo do projeto na aprendizagem das crianças. É de realçar que para além de ter sido capaz de sensibilizar as crianças, os seus pais ou encarregados de educação, também foi possível envolver/sensibilizar a Direção Regional de Educação e os Diretores das Escolas Básicas do Concelho de São Vicente, para a importância do tema Suporte Básico de Vida ser abordado e desenvolvido nas escolas e a importância da intervenção precoce perante situações de PCR.

Algumas dificuldades foram surgindo ao longo deste percurso para obtenção do grau de mestre, nomeadamente determinar em que vertente orientar o meu estágio de opção e projeto de autoformação/intervenção. Senti também alguma dificuldade em organizar e dar coerência à fundamentação que este trabalho exige, tendo-se revelado fundamental e facilitador o apoio do orientador. Como limitações quero salientar o tempo decorrente entre a implementação do projeto e elaboração do relatório final de mestrado. O curto espaço de tempo obriga-nos a uma dedicação exclusiva, privando-nos, em parte, da vida pessoal e familiar.

Atendendo à pertinência e importância do projeto desenvolvido no estágio de Opção do CMEMC, uma das minhas sugestões e perspetivas futuras é a realização da sua apresentação às entidades regionais competentes, sensibilizando-os e persuadindo-os para a importância da sua disseminação/implementação em todas as escolas primárias da região.

Como súmula, realço que com a experiência profissional desenvolvida ao longo da vida, dos estágios realizados durante oCPLEEMC, e o projeto inserido no CMEMC, adquiri e desenvolvi um conjunto de competências que se coadunam com as competências de 2º nível explícitas nos descritores de Dublin, nomeadamente: a capacidade de resolução de problemas complexos, integrando e aplicando conhecimentos, e refletindo sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais; a comunicação de conhecimentos e raciocínios de forma clara e objetiva, quer a especialistas, quer a não especialistas e competências para uma aprendizagem ao longo da vida de modo auto-orientado ou autónomo. Pelo exposto considero que os objetivos deste relatório de estágio foram alcançados.

BIBLIOGRAFIA

- Abreu, W. (2001). *Identidade, Formação e Trabalho: Das culturas locais às estratégias identitárias dos enfermeiros: Estudo multicasos*. Formasau: Coimbra.
- Abreu, W. (2003). *Supervisão, qualidade e ensinios clínicos: Que parcerias para a excelência da saúde?*. Formasau: Coimbra.
- Acosta, A., Marques, G., Levandovski, P., Peralta, J., & Lima, M. (2016). Satisfação de usuários com cuidados de enfermagem em serviço de emergência: Uma revisão integrativa. *Revista Mineira de Enfermagem*, 20(938), 1-8. Doi: 10.5935/1415-2762.20160008
- Albino, R. M., & Riggenbach, V. (2004). Medicina de urgência: passado, presente, futuro. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 33(3), 15-17. Retrieved from <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/178.pdf>
- Albuquerque, A., Gouveia, B., & Lopes, C. (2015). Salvando vidas: O conhecimento de adolescentes de uma escola publica sobre primeiros socorros. *Revista de enfermagem UFPE on line*, 9(1), 32-38. Doi: 10.5205/reuol.6817-60679-1-ED.0901201505.
- Alcântara, T., & Marques, I. (2009). Avanços na Monitorização Neurológica Intensiva: Implicações para a Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(6), 894-900. Retrieved from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000600015
- Almeida, V., & Cunha, M. (2015). *Compressões torácicas em vítimas de paragem cardio-respiratória: Contributos dos dispositivos mecânicos*. In Atas CIAIQ2015, Viseu.
- Alves M. (n.d.). *Ordem para não reanimar? Aspetos éticos de uma decisão de vida*. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal. Retrieved from <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/3068>
- Alves, M. A. A. (2004). Etapas da metodologia de projecto. *O professor*, (85), 30-37.

Amante, L., Rossetto, A., & Schneider, D. (2008). Sistematização da assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva sustentada pela teoria de Wanda Horta. *Revista da escola de enfermagem USP*, 43(1), 54-64. Doi: 10.1590/S0080-62342009000100007

American Heart Association. (2015). Bystander CPR helps cardiac arrest survivors return to work. *Medical News Today*. Retrieved from <https://www.medicalnewstoday.com/releases/293427.php>.

American Heart Association. (2015). *Highlights of the 2015 American Heart Association Guidelines Update for CPR and ECC*. S.l.: Author. Retrieved from <https://eccguidelines.heart.org/wp-content/uploads/2015/10/2015-AHA-Guidelines-Highlights-English.pdf>

Andraus, L., Minamisava, R., Borges, I., & Barbosa, M. (2005). First Aid for children: report of experience. *Acta Paulista de Enfermagem*, 18(2), 220-225. Doi: 10.1590/S0103-21002005000200016

Austwim and Royal Life Saving. (2013). *Community perceptions and attitudes towards children's swimming and water safety skills: Survey-3 final web review*. Retrieved from www.austswim.com.au

Azeredo, T., & Oliveira, L. (2013). Monitorização dinâmica invasiva. *Revista Sinais Vitais*, (108), 44-54.

Banfai, B., Pek, E., Pandur, A., Csonka, H., & Betlehem, J. (2016). The year of first aid: effectiveness of a 3-day first aid programme for 7-14-year-old primary school children. *Emergency Medicine Journal*, 34(8). Doi: 10.1136/bmjopen-2015-010481

Barbosa, A. (2010). Bioética e cuidados paliativos. In A. Barbosa, & I. Neto. *Manual de cuidados paliativos* (2ª ed.) (p. 723-748). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Barbosa, A. (2016). Agir responsável e decisões em decisão de vida. In A. Barbosa, P. Pina, F. Tavares, & I. Neto. *Manual de cuidados paliativos* (3ª ed.) (p. 691-736). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

- Bártolo, E. (2007). *Formação em contexto de trabalho no ambiente hospitalar: Um estudo etnográfico numa unidade de cuidados intensivos pediátricos*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Benner, P. (2005). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem* (2ª ed.). Lisboa: Quarteto.
- Benseñor, F. E. M., & Cicarelli D. D. (2003). Sedação e analgesia em terapia intensiva. [Artigo de revisão]. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 53(5), 680-693. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/rba/v53n5/v53n5a16.pdf>
- Bento, S. D. (2006). *A importância do capital humano dentro das organizações*. In XIII SIMPEP - Barau, São Paulo.
- Borgeurs, N., Leeuw, E., & Hox, J. (2000). Children as respondents in survey research: Cognitive development and response quality. *Bolletín de methodologie sociologique*, (66), 66-75. Retrieved from <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/075910630006600106?journalCode=bmsa>
- Bracken, J. (2001). Triagem. In L. Newberry. *Sheehy's enfermagem de urgência: Da teoria á prática* (L. C. Leal, Trans) (4ª ed.) (p. 117-124). Lusociência. Loures.
- British Medical Association; Resuscitation Council & Royal College of Nursing. (2016). *Decisions relating to cardiopulmonary resuscitation* (3rd ed.). Retrieved from <https://www.resus.org.uk/dnacpr/decisions-relating-to-cpr/>
- Calicchia, S., Cangiano, G., Capanna, S., Rosa, M., & Papaleo, B. (2016). Teaching life: Saving manoeuvres in primary school. *BioMed Research International*, 1-6. Doi: 10.1155/2016/2647235
- Camelo, S. (2012). Competência profissional do enfermeiro para atuar em unidades de terapia intensiva: Uma revisão integrativa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(1). Retrieved from http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/pt_25.pdf

- Camelo, S. H. H. & Angerami, E. L. S. (2013). Competência profissional: A construção de conceitos, estratégias desenvolvidas pelos serviços de saúde e implicações para a enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, 22(2), 552-560.
- Carmo, A., & Veloso, A. (2003). *Primeiros Socorros*. Lisboa: Universidade Aberta de Lisboa.
- Carvalho, A., & Antunes, J. L. (2011). *Traumatismo craniano: O que é? Quais são os sintomas? Quais são as formas de prevenção?* Retrieved from <https://hmsportugal.wordpress.com/2011/05/31/traumatismo-craniano-no-adulto-o-que-e-quais-sao-os-sintomas-quais-sao-as-formas-de-prevencao-2/>
- Cavalcanti, C., Ilha, P., Bertencello, Kátia (2012). O cuidado de enfermagem a vítimas de traumas múltiplos: Uma revisão integrativa. *UNOPAR Científica Ciências Biológicas e da Saúde*, 15(1), 81-88. Doi: <http://dx.doi.org/10.17921/2447-8938.2013v15n1p%25p>
- Caveião, C., Coelho, I. C. M. M., & Zagonel, I. P. S. (2013). A produção do conhecimento sobre competências gerenciais de enfermagem: Revisão integrativa. *Journal nursing UFPE online*, 7(Supl.), 910-918. Doi: 10.5205/reuol.3934-31164-1-SM.0703esp201311
- Coimbra, L. A. F. (2012). *Emergência médica pré-hospitalar*. (Relatório de Estágio de Mestrado Integrado em Medicina). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto. Retrieved from <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/66213?mode=simple>
- Colégio Americano de Cirurgiões. (2008). *Suporte avançado de vida no trauma para médicos: ATLS: Manual do curso de alunos* (8ª ed.). Chicago: Author.
- Conselho Internacional de Enfermagem. (2011). *CIPE® versão 2: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem* (Ordem dos Enfermeiros, Trans). Genebra: Author
- Copley, D., Mantle, J., Rogers, W., Russel, R., & Rackley, C. (1977). Improved outcome for prehospital cardiopulmonary collapse with resuscitation by bystanders. *Circulation*, 56, 901-905 Doi: <https://doi.org/10.1161/01.CIR.56.6.901>

- Da Silva, P. R., De Araújo, E. S. N. N., Caldeira, A. M. de A., & Carvalho, G. S. (2012). Construção e validação de questionário para análise de concepções bioéticas. *Revista bioética*, 20(3), 490-501. Retrieved from <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/22797/1/ConcecoesBioeticas.pdf>
- Dambro, M. (2006). *Griffith's: 5-minute clinical consult* (14th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Deodato, S. (2014). *Decisão ética em enfermagem: Do problema aos fundamentos para o agir*. Coimbra: Edição Almedina.
- Dias, I. (2010). Competências em Educação: Conceito e significado pedagógico. *Revista da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*, 14(1), 73-78. Retrieved from: <http://www.scielo.br/pdf/pee/v14n1/v14n1a08.pdf>
- Dixe, M. dos A., & Gomes, J. C. R. (2015). Conhecimento da população portuguesa sobre suporte básico de vida e disponibilidade para realizar formação. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49(4), 640-649. Retrieved from http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n4/pt_0080-6234-reeusp-49-04-0640.pdf
- Domingues, T., & Chaves, E. (2005). O conhecimento científico como valor no agir do enfermeiro [Special issue]. *Revista Escola Enfermagem USP*, 39, 580-8. Retrieved from: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/82.pdf>
- Duarte, S. (2002). *Saberes de saúde e de doença: Porque vão as pessoas ao médico?* Coimbra: Quarteto Editora.
- Elvas, I., Conceição, A., Valente, M., Catarino, R., Manuel, J., Ghira, M., ... Lufinha, A. (2012). *Manual de abordagem à vítima*. Lisboa: INEM
- European Resuscitation Council. (2015). *European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015*. Retrieved from <https://cprguidelines.eu/>
- European Resuscitation Council. (2016). *The education of school children in CPR and its implementation in Europe: A survey through the ERC Research NET*. Retrieved from <https://www.erc.edu/projects/kids-save-lives>

Faculdade de Ciências Sociais, Educação e Administração. (n.d.). *Descritores de Dublin para o 2º e 3º ciclo*. Retrieved January 10, 2018 from <http://www.museologia-portugal.net/apresentacao/descriptores-dublin-2o-3o-ciclo>

Fernandes, A., Valente, M., & Catarino, R. (2012). *Transporte do doente crítico*. Lisboa: INEM

Fernandes, L. (2010). *Cuidar o doente crítico* (Relatório para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica). Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Porto. Retrieved from https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/8546/1/Relat%C3%B3rio_Cuidar%20o%20Doente%20Cr%C3%ADtico_Liliana%20Fernandes.pdf

Ferreira, A. M., Rocha, E. N., Lopes, C. T., Bachion, M. M., Lopes, J. L., & Barros, A. L. B.L. (2016). Nursing diagnoses in intensive care: cross-mapping and NANDA-I taxonomy. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(2), 285-93. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690214i>

Fonseca, E. (2015). Formação: Uma narrativa para a prestação de cuidados de enfermagem (Artigo de opinião). Retrieved from <http://www.nursing.pt/formacao-uma-narrativa-para-a-prestacao-de-cuidados-de-enfermagem/>

Fortin, M.-F. (1999). *O processo de investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusociência.

Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.

Gullo, A., Paratore, A., & Celestre, C. (2011). Nonantibiotic Measures to Control Ventilator-Associated Pneumonia. In H. K. F. van Saene, L. Silvestri, M. A. de la Cal, & A. Gullo (Eds.). *Infection control in the intensive care unit* (3rd ed.). Liverpool: Springer.

Holanda, F. L., Marra C.C., & Cunha, I. C. (2014). Construção da matriz de competência profissional do enfermeiro em emergências. *Acta Paulista de Enfermagem*, 27(4), 373-9. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/19820194201400062>

Infopédia. *Dicionário da Língua Portuguesa com Acordo Ortográfico*. Porto: Porto Editora,

Retrieved from: <http://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/trauma>

Instituto Nacional Emergência Médica. (2017). *Recomendações: Relatório final do grupo de trabalho para a reestruturação do CODU*. Retrieved from <http://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Recomenda%C3%A7%C3%B5es-Relat%C3%B3rio-Final-do-Grupo-de-Trabalho-Reestrutura%C3%A7%C3%A3o-do-CODU.pdf>

Jardilino, J. R. L., Amaral, D. J. do, & Lima, D. F. (2010). A interação professor-aluno em sala de aula no ensino superior: o curso de administração de empresas. *Revista Diálogo Educacional*, 10(29), 101-119. Retrieved from <https://periodicos.pucpr.br/index.php/dialogoeducacional/article/viewFile/3064/2992>

Jones, J. M. (2006). Clinical Supervision in Nursing. *The Clinical Supervisor*, 24(1), 149 - 162. Doi: 10.1300/J001v24n01_08.

Karlstedt, M., Wadensten, B., Fagerberg, I., & Poder, U. (2014). Is the competence of swedish registered nurses working in municipal care of older people merely a question of age and postgraduate education? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(2), 307–316. Doi: <https://doi.org/10.1111/scs.12164>

Kitamura, T., Nishiyama, C., Murakami, Y., Yonezawa, T., Nakai, S., Hamanishi, M., ... Iwami, T. (2016). Compression only CPR training in elementary schools and student attitude toward CPR. *Pediatrics International Official Journal of the Japan Pediatric Society*, 58(8), 698-704. Doi: 10.1111/ped.12881.

Kraft, S. (2011, January 11). American heart association: Teach students CPR, save lives. *Medical News Today*. Retrieved from <https://www.medicalnewstoday.com/articles/213409.php>

Lazear, S. (2001). Transporte aéreo e Terrestre. In L. Newberry (Ed.). *Sheehy's enfermagem de urgência: Da teoria á prática* (L. C. Leal, Trans) (4ª ed.) (p. 141-160). Lusociência. Loures.

Le Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo a competência dos profissionais* (P. C. R. Reuillard, Trans) (3ª ed.). Porto Alegre: Artrned.

- Le Boterf, G. (2006). Avaliar a competência de um profissional: Três dimensões a explorar. *Revista Pessoal*, 60-63. Retrieved from <http://www.guyleboterf-conseil.com/Article%20evaluation%20version%20directe%20Pessoal.pdf>
- Le Boterf, G. (2015). *Construire les compétences individuelles et collective: Ressources humaines* (7ª ed.). Paris: Eyrolles.
- Le Mone, P., & Burke, K. (2008). *Medical-surgical nursing: Critical thinking in client care* (4th ed.). New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- Lee, G. (2001). Interpretações legais e regulamentação: Fundamentos da enfermagem de urgência. In L. Newberry. *Sheehy's enfermagem de urgência: Da teoria á prática* (L. C. Leal, Trans) (4ª ed.) (p. 25-34). Lusociência. Loures.
- Lennquist, S. (2012). *Medical response to major incidents and disasters: A practical guide for all medical staff* (2nd ed.). Sweden: Sten Lennquist.
- Lukas, R. P., Van Aken, H., Mohoff, T., Weber, T., Rammert, M., Wild, E., ... Bohn, A. (2016). Kids saves lives: a six-year longitudinal study of schoolchildren learning cardiopulmonary resuscitations: Who should do the teaching and will the effects last? Simulation and education. *Resuscitation* 101, 35-40.
- Mabelis, J. (2018). Designing and developing a questionnaire for children in the Growing up in Scotland study: ScotCen Social Research that work for Society. *Growing up in Scotland*. Retrieved from <https://growingupinscotland.org.uk/publications>
- Maconochie, I., Sheila, S., & Bingham, B. (2007). Teaching children basic life support skills. *BMJ Journal*, 334, 1174. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.39218.422650.80>
- Macphil, E. (2001). Panorâmica da enfermagem de urgência: Fundamentos da enfermagem de urgência. In L. Newberry. *Sheehy's enfermagem de urgência: Da teoria á prática* (L. C. Leal, Trans) (4ª ed.) (p. 3-7). Lusociência. Loures.
- Madeira, S., Porto, J., Henriques, A., Nieves, F., Pinto, N., & Henriques, G. (2012). *Manual de Suporte Avançado de Vida*. Lisboa: INEM.

- Malvestio, M. A. A., & Sousa, R. M. C. (2008). Sobrevivência após acidentes de trânsito: Impacto das variáveis clínicas e pré-hospitalares. *Revista de Saúde Pública*, 42(4), 639-647.
- Manton, A. (2001). Certificação em enfermagem de urgência. Fundamentos da enfermagem de urgência. In L. Newberry. *Sheehy's enfermagem de urgência: Da teoria à prática* (L. C. Leal, Trans) (4ª ed.) (p. 17-24). Lusociência. Loures.
- Martins, E. F. (2010). *Avaliar o cumprimento do Protocolo Nacional de Tramatismo Crânio-Encefálico no serviço de Urgência do Hospital de Santo António* (Artigo de Investigação em Medicina). Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto.
- Matney, S. A., Stagers, N., & Clark, L. (2016). Nurses' Wisdom in Action in the Emergency Department. *Global Qualitative Nursing Research*, 3. Doi: <http://doi.org/10.1177/2333393616650081>
- Mayor, J. (2012). *Decisão de Não Reanimar* (Tese de Mestrado Integrado em Medicina). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Retrieved from https://sigarra.up.pt/fmdup/pt/pub_geral.show_file?pi_gdoc_id=594411
- Mitamura, H., Iwami, T., Mitani, Y., Takeda, S., & Takatsuki, S. (2015). Aiming for zero deaths: Prevention of sudden cardiac death in schools: Statement from the AED committee of the Japanese circulation society. *Circulation Journal Official Journal of the Japanese Circulation Society*. Retrieved from https://www.jstage.jst.go.jp/article/circj/79/7/79_CJ-15-0453/_pdf/-char/en
- Moore, E. E., Mattox, K. L., & Feliciano, D. V. (2006). *Manual do Trauma* (4ª ed). São Paulo: Artmed.
- Morgado, J. (1999). *A relação pedagógica: Diferenciação e inclusão: Ensinar e aprender*. Lisboa: Editorial Presença.
- National Association of Emergency Medical Technicians. (2003). PHTLS basic and advanced prehospital trauma life support (5th ed.). Missouri: Mosby.

Nunes, F., Meira, P. M., Martins, A. G., Carvalho, I. Saraiva, M., Silva, P. N. ... Ribeiro, G. E. (2009). *Manual de trauma: Para apoio ao curso de abordagem integrada do Traumatizado para Enfermeiros* (5ª ed.). Loures: Lusociência.

Observatório Português Do Sistema De Saúde. (2001). *Relatórios de Primavera 2001*. Retrieved from <http://www.opss.pt/node/217>

Observatório Português dos Sistemas De Saúde (2007). *Relatórios de Primavera 2007*. Retrieved from <http://www.opss.pt/node/36>

Oliveira, E. (2013). Participação do enfermeiro no processo de decisão de não reanimar. (Tese de Mestrado em Cuidados Paliativos). Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa. Retrieved from http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/10155/2/688174_Tese.pdf

Oliveira, L., Queirós, P., & Castro, F. (2015). A competência profissional dos enfermeiros: Um estudo em hospitais portugueses. *Revista INFAD de Psicología Internacional Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2). Doi: <http://dx.doi.org/10.17060/ijodaep.2015.n2.v1.331>

Oliveira, M. S. (2012). *Manual de emergência e trauma* (2ª ed.). Lisboa: INEM

Oliveira, M. S. (2012). *Manual de emergência médica*. Lisboa: INEM

Oliveira, M. (2012). *Manual de abordagem à vítima*. Lisboa: INEM

Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Retrieved from http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2016). Especificidade da área de intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na vertente da pessoa em situação crítica. Mesa do colegio da especialidade em enfermagem Médico-cirúrgica. Retrived from http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer_06_13_12_2016_MCEEMC_Valorizacao%20CuidadosEnfEspPessoaSituacaoCritica.pdf

- Ordem dos Enfermeiros. (2003). *Código deontológico dos enfermeiros: Anotações e comentários*. Lisboa: Author.
- Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). *Transportes de Doentes Críticos: Recomendações 2008*. Lisboa: Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos.
- Paddock, C. (2009, July 31). Kids as young as 9 can and should learn CPR life support, say researchers. *Medical News Today*. Retrieved from <https://www.medicalnewstoday.com/articles/159521.php>
- Paddock, C. (2015, July 23). CPR from bystanders can save lives. *Medical News Today*. Retrieved from <https://www.medicalnewstoday.com/articles/297169.php>.
- Pessini, L., Wernet, M., & Ferreira, C. (2008). *Paciente crítico: Uma abordagem interdisciplinar*. São Paulo: Centro Universitário São Camilo.
- Pina, E., Ferreira, E., Marques, A., & Matos, B. (2010). Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, (10), 27-39.
- Pinto, P. S. (2013). Entre a teoria e a prática: Desenvolvimento de competências no ensino clínico de integração à vida profissional. *Nursing Digital Magazine*, 289. Retrieved from <http://www.nursing.pt/entre-a-teoria-e-a-pratica-desenvolvimento-de-competencias-no-ensino-clinico-deintegracao-a-vida-profissional/>
- Pires, R. (2012). *Operacionalização de planos de enfermagem de reabilitação integrando a linguagem CIPE/SAPE* (Trabalho de projeto para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação). Escola Superior de Saúde de Bragança, Bragança. Retrieved from: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/7942/1/Rog%C3%A9rio%20Paulo%20Talhas%20Pires%20-%20Mestrado.pdf>.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde (s.d.). Portal de codificação e dos GDH. Acessível no Portal COD GDH, Ministério da Saúde.
- PORTUGAL. Assembleia da República. (24 ago. 1990). Lei n.º 48/90. *Diário da República* n.º 195, I série.

PORTUGAL. Assembleia da República. (16 set. 2015). Lei n.º 156/2015. *Diário da República n.º 181, 1ª série.*

PORTUGAL. Ministério Público. Procuradoria Geral Distrital de Lisboa. Código Penal Português. Acessível no Ministério Público, Lisboa.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. (11 ago. 2014). Despacho n.º 10319/2014. *Diário da República n.º 153, 2ª série.*

PORTUGAL. Ministério da Saúde. (21 abr. 1996). Decreto-Lei n.º 161/96. *Diário da República n.º 205, I série-A.*

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros (12 fev. 2011). Regulamento n.º 124/2011: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República n.º 35, 2ª série.*

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (18 fev. 2011). Regulamento n.º 122/2011: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República n.º 3, 2ª série.*

PORTUGAL. Ordem dos enfermeiros (7 de Agosto 2013). Regulamento n.º 115/2013: Regulamento Geral dos Ciclos de Estudo Conducentes ao Grau de Mestre. *Diário da República n.º 151/2013, Série I de de 7 agosto*

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (23 abr. 2015). Regulamento n.º 190/2015: Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. *Diário da República n.º 79, 2ª série.*

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (26 jun. 2015). Regulamento n.º 361/2015: Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República n.º 123, 2ª série.*

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (17 out. 2017). Regulamento n.º 555/2017: Regulamento de certificação individual de competências. *Diário da República n.º 200, 2ª série.*

PORTUGAL. Serviço Nacional de Saúde. Direção-Geral da Saúde – Circular Normativa nº 07/DQS/DQCO. 2010-03-31. Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado. Acessível DGS, Lisboa, Portugal

Potter, P. A., & Perry, A. G. (2006). *Fundamentos de enfermagem: Conceitos e procedimentos* (5ª ed.). Loures: Lusociência. Loures.

Querido, A., Salazar, H., & Neto, I. (2016). Comunicação. In: A. Barbosa, P. Pina, F. Tavares, & I. Neto. *Manual de Cuidados Paliativos* (3ª ed.) (p. 815-832). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.

Ramos, A., Fonseca, C. & Ferreira, M. (2011). Ventilação não invasiva versus ventilação mecânica, ganhos em saúde: Revisão sistemática da literatura. *Journal of aging and innovation*, 1(1). Retrieved from <http://journalofagingandinnovation.org/volume-1-numero-1-2011/ventilacao-nao-invasiva/>

Recuero, C. M. (2015). Traumatismo Cranio Encefálico. Retrieved from: [http://pt-br.infomedica.wikia.com/wiki/TRAUMATISMO_CRANIOENCEF%C3%81LICO_\(TCE\)](http://pt-br.infomedica.wikia.com/wiki/TRAUMATISMO_CRANIOENCEF%C3%81LICO_(TCE))

Ro, Y., Shin, S., Song, K., Hong, S., Kim, Y., Lee, D., ... Cho, S. (2016). Public awareness and self-efficacy of cardiopulmonary resuscitation in communities and outcomes of out-of-hospital cardiac arrest: A multi-level analysis. *Resuscitation*, 102, 17-24. Retrieved from [http://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572\(16\)00076-9/fulltext](http://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572(16)00076-9/fulltext)

Rodrigues, A., Nascimento, C., Antunes, L., Mestrinho, M., Serra, M., Madeira, R., ... Lopes, V. (2007). *Processos de formação na e para a prática de cuidados*. Loures: Lusociência.

Rodrigues, M. (2106). *Desenvolvimento e atualização de competências: A formação como ferramenta de gestão estratégica de recursos humanos: Estudo de Caso*. (Tese de Mestrado em Marketing e Comunicação). Escola Superior de Educação. Politécnico de Coimbra, Coimbra.

Rodrigues, V. M. C. P. (2005). Educar para a saúde: Uma estratégia de promoção da saúde”. *Revista Sinais Vitais*, (59), 47-51.

- Roppolo, L. P., & Pepe, P. E. (2009). Retention, retention, retention: Targeting the young in CPR skills training! *Revista Critical Care*, 13, 185. Doi: 10.1186/cc7997.
- Rosário, M., & Linhares, E. (2015). Uma experiência de formação em primeiros socorros no 1.º Ciclo do Ensino Básico: Que aprendizagens? In P. Membiela, N. Casado, & M. I. Cebreiros. *La enseñanza de las ciencias: Desafíos y perspectivas* (p.375-379). S.l.: Educación Editora. Retrieved from http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/1598/1/62_monica_rosarioelis_abete_linhares.pdf
- Ross, R. (2001). Desiquilibrio hidroeletrolítico. In L. Newberry. *Sheehy's enfermagem de urgência: Da teoria á prática* (L. C. Leal, Trans) (4ª ed.) (p. 611-628). Lusociência. Loures.
- Rosso, M., Silva, S., & Scalabrin, E. (2009). Sistema Baseado em Conhecimento para Apoio à Identificação dos Focos do Processo Corporal da CIPE. *Revista Texto & Contexto de Enfermagem*, 18(3), 523-531. Doi: 10.1590/S0104-070720090003
- Ruthes, R. M., & Cunha, I. C. K. O. (2008). Entendendo as competências para aplicação na enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(1), 109-112. Doi: 10.1590/S0034-71672008000100017
- Sá-Chaves, I. (1997). *Percursos de formação e desenvolvimento profissional*. Porto: Porto Editora.
- Salciccioli, J., Marshal, D., Sykes, M., Wood, A., Joppa, S., Sinha, M., ... Lim, P. (2017). Basic life support education in secondary schools: a cross-sectional survey in London, UK. *BMJ Open*, 7(1), e011436. doi: 10.1136/bmjopen-2016-011436
- Salles, C. (2014). *Como manter-se competitivo num mercado onde todos querem manter-se competitivos*. Retrieved from <http://www.administradores.com.br/artigos/carreira/como-manter-se-competitivo-num-mercado-onde-todos-querem-manter-se-competitivos/76533/>
- Santos, J. (2013). Desafios para a gerência do cuidado em emergência na perspectiva de enfermeiros. *Acta Paulista de Enfermagem*, 26(2), 136-143.

- Santos, K., Nóbrega, V., Leite, I., Cerqueira, G., Lopes, C., Oliveira, T., ... & Torquato, J. (2015). Suporte básico de vida: Uma revisão integrativa. *Revista Digital Buenos Aires*, (205). Retrieved from <http://www.efdeportes.com/efd205/suporte-basico-de-vida-uma-revisao.htm>
- Sapeta, P. & Lopes, M. (2007). Cuidar em fim de vida: factores que interferem no processo de interacção enfermeiro doente. *Revista Referência*, (4), 35-57.
- Sedlak, S. K. (2001). Avaliação do doente. In L. Newberry. *Sheehy's enfermagem de urgência: Da teoria á prática* (L. C. Leal, Trans) (4ª ed.) (p. 125-139). Lusociência. Loures.
- Serrano, M., Costa, A., & Costa, N. (2010). Cuidar em enfermagem: Como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*, (3), 15-22. Retrieved from http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832011000100002
- Silva, M. (2012). *Ácido tranexâmico no trauma major com hemorragia: Revisão da bibliografia, estudo da estratificação do risco e da adesão ao protocolo na Urgência Central do CHLN-HSM* (Trabalho final do Mestrado integrado em Medicina). Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa. Retrieved from: <http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/29027/1/MariaFBSilva.pdf>
- Simões, R., Neto, C., Maciel, G., Furtado, T., & Paulo, D. (2012). Atendimento pré-hospitalar a múltiplas vítimas com trauma simulado. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 39(3), 230-237.
- Souza, D., Júnior, J., & Miranda, F. (2017). Stresse em serviço de urgência e os desafios para enfermeiros brasileiros e portugueses. *Revista de Enfermagem Referência*, (12). Doi: 10.12707/RIV16064
- Takamura, A., Ito, S., Maruyama, Y., Saito, M., Fujimura, S., Ishiura, Y., ... Hori, A. (2017). Quality of basic life support education and automated external defibrillator setting in schools in Ishikawa, Japan. *Pediatrics International*, 59, 352–356. Doi:10.1111/ped.13155.

- Tappen, R. M. (2001). Planeamento e avaliação de um projecto. In R. Tappen. *Liderança e administração em enfermagem: Conceitos e prática* (4ª ed.) (p. 367-389). Loures: Lusociência.
- Tavares, A., Pedro, N., & Urbano, J. (2016). Ausência de formação em suporte básico de vida pelo cidadão: um problema de saúde pública? Qual a idade certa para iniciar? Artigo de revisão. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34(1), 101–104. Retrieved from <http://www.elsevier.pt/pt/revistas/revista-portuguesa-saude-publica-323/pdf/S0870902515000450/S300/>
- Tavares, C. (2012). *Exercício de enfermagem pré-hospitalar: Esforço contínuo de afirmação profissional* (Dissertação para obtenção de grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra.
- Tavares, F. (2010). Prognóstico em cuidados paliativos. In: A. Barbosa & I. Neto. *Manual de cuidados paliativos* (2ª ed.) (p.43-60). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Tavares, J. (1997). A formação como construção do conhecimento científico e pedagógico. In I. Sá-Chaves. *Percursos de formação e desenvolvimento profissional* (p. 59-73). Porto: Porto Editora.
- The Guardian. (2016). *Teaching children swimming and CPR to save lives in Bangladesh: International edition*. Retrieved from <https://www.theguardian.com/global-development-professionals-network/2016/jul/28/teaching-children-swimming-and-cpr-to-save-lives-in-bangladesh>
- Tierney Jr, L., Stephen, J. M., & Maxine, A. P. (Eds.) (2003). *CMDT 2003: Current medical diagnosis and treatment* (42ª ed.). S.l.: Lange Medical Books/McGraw-Hill.
- Tojal, A. M. A. F. (2011). *Percepção dos enfermeiros sobre a formação em serviço* (Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra.

- Toledo, C., Garrido, C., Troncoso, E., & Lobo, S.M. (2008). Efeitos da fisioterapia respiratória na pressão intracraniana e pressão de perfusão cerebral no traumatismo crânio encefálico grave. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 20(4), 339-343. Retrieved from http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103507X2008000400004&script=sci_arttext.
- Trautman, D. (2001). Controlo da dor. In L. Newberry. *Sheehy's enfermagem de urgência: Da teoria à prática* (L. C. Leal, Trans) (4ª ed.) (p. 191-198). Lusociência. Loures.
- Urden, L., Stacy, K., & Mary, L. (2008). *Thelan's enfermagem de cuidados intensivos: Diagnóstico e intervenção* (5ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Valente, M., Catarino, R., Machado, A., Catarino, C., Ribeiro, H., Martins, A., ... Da Luz, M. (2012). Abordagem à vítima: Manual de TAS/TAT. Lisboa: INEM. Retrieved from <http://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Abordagem-%C3%A0-V%C3%ADtima.pdf>
- Van Saene, H., Silvestri, L., De La Cal, M., & Gullo, A. (2012). *Infection Control in the Intensive Care Unit* (3rd ed.). Doi: 10.1007/978-88-470-1601-9
- Vargas, D., & Braga, A. (n.d.). *O enfermeiro em unidade de tratamento intensivo: Reflectindo sobre seu papel*. Retrieved from: <http://www.unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/revistafafibeonline/sumario/10/19042010093459.pdf>
- Vieira, M. A., Souto, L. E. S., Souza, S. M., Lima, C. A., Ohara, C. V. S., Domenico, E. B. L. (2016). *Diretrizes curriculares cacionais para a área da enfermagem: o papel das competências na formação do enfermeiro* (p. 105-121). Retrieved from <http://www.renome.unimontes.br/index.php/renome/article/view/102/148>
- Viereck, S., Moller, T. P., Ersboll, A. K., Baekgaard, J. S., Claesson, A., Hollenberg, J., ... Lippert F. K. (2017). Recognising out-of-hospital cardiac arrest during emergency calls increases bystander cardiopulmonary resuscitation and survival. In *Resuscitation*, 115, 141-147. Doi: 10.1016/j.resuscitation.2017.04.006.

Whelchel-Revis, D., & Newberry, L. (2001). Cuidados de traumatologia na urgência. Urgências de grandes traumatizados. In L. Newberry. *Sheehy's enfermagem de urgência: Da teoria á prática* (L. C. Leal, Trans) (4ª ed.) (p. 245-255). Lusociência. Loures.

Zarpellon, L. D. (2006). *A prática pedagógica na formação do profissional enfermeiro para atuar em saúde pública* (Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Educação na Pós-Graduação em Educação). Universidade Católica do Paraná, Paraná. Retrieved from http://ri.uepg.br/riuepg/bitstream/handle/123456789/431/DISSERTA%C3%87%C3%83O_LidiaDalgalloZarpellon.pdf?sequence=1

Zinckernagel, L., Hansen, C., Rod, M. H., Folke, F., Torp-Pedersen, C., & Tjorn-Thomsen, T. (2015). What are the barriers to implementation of cardiopulmonary resuscitation training in secondary schools? A qualitative study. *BMJ Open*, 6, e010481. Doi:10.1136/bmjopen-2015-010481.

ANEXOS

ANEXO I – QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS DOS ALUNOS DO 3º E 4º ANO SOBRE SBV

Questionário

Assinala com uma cruz a resposta correta e preenche os espaços em branco.

I - Dados de caracterização:

1 - Idade: _____

2 - Ano escolar: _____

3 - Sabes o que é uma emergência? Sim ☐ Não ☐

3.1 - Se sim, dá um exemplo _____

4 - Já presenciaste alguma pessoa que se sentiu mal e que não respirava?

Sim ☐ Não ☐

II – Avaliação de conhecimentos.

1 – Diante uma situação de emergência, achas importante chamar por ajuda em voz alta? Sim ☐ Não ☐

2 – Sabes verificar se uma pessoa está a respirar?

Sim ☐ Não ☐

3 – Sabes qual o número a ligar em caso de emergência?

Sim ☐ Não ☐ Se sim, escreve aqui _____

4 – Sabes o que é o Suporte Básico de Vida?

Sim ☐ Não ☐ Se sim, para que serve? _____

Se respondeu – Não - terminou aqui o seu questionário. Se respondeu – Sim – por favor, continue.

5 – Quando vês que a vítima não respira, o que deves fazer primeiro?

Ligar 112 ☐ Massagem cardíaca ☐ Respiração boca-a-boca ☐ Não sei ☐

6 – Se quiseres fornecer massagem cardíaca e respirações, quantas vezes deves fazer massagem?

15 ☐ 30 ☐ Continuamente ☐ Não sei ☐

7 – Se fizesses respiração boca-a-boca, quantas vezes farias?

2 ☐ 5 ☐ Continuamente ☐ Não sei ☐

8 – Após chamar ajuda, é correto fazer apenas massagem cardíaca?

Sim ☐ Não ☐ Não sei ☐

9 – Devo parar as manobras de suporte básico de vida quando:

A vítima respirar ☐ Chegar os bombeiros ☐ Estiver cansado ☐ Não sei ☐

OBRIGADO!

ANEXO II – AVALIAÇÃO GLOBAL

Avaliação global – Satisfação dos alunos

Idade: _____

Ano escolar: _____

Relativamente á formação que terminou, responde fazendo uma cruz no número que corresponde á tua opinião. Vê a figura em baixo para saberes como preencher:

1 Insuficiente	2 Suficiente Menos	3 Suficiente	4 Bom	5 Muito Bom
-------------------	--------------------------	----------------------------	----------	----------------

A formação foi interessante -----

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Compreendi o tema -----

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

O formador explicou bem -----

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Sou capaz de aplicar o que aprendi -----

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Recomendo a formação aos meus colegas -----

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

O que mais gostei foi:

Na minha opinião, acho que poderia ser melhor se:

De uma forma geral, a formação foi:

1 Insuficiente	2 Suficiente Menos	3 Suficiente	4 Bom	5 Muito Bom
-------------------	--------------------------	-----------------	----------	----------------

Obrigado!